

STATO DI NEW YORK
UFFICIO SERVIZI PER I MINORI E LA FAMIGLIA
(OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)

RELAZIONE MEDICA DEL/A CANDIDATO/A ALL'ADOZIONE (PARTE I)
SOLO ADOZIONE

Istruzioni:

Candidato/a: Ci sono tre sezioni in questo modulo. La **Sezione 1** deve essere compilata dal/la candidato/a. La **Sezione 2** deve essere completata dall'agenzia. La **Sezione 3** deve essere compilata da un medico, assistente medico, infermiere o altro operatore sanitario autorizzato e qualificato per il richiedente.

Operatore domiciliare/operatore di agenzia: Completare la **Sezione 2** prima di fornire il modulo al/la candidato/a. Fornire un modulo per candidato/a.

SEZIONE 1: INFORMAZIONI SUL/SULLA RICHIEDENTE		
NOME DEL/LA CANDIDATO/A:		
COGNOME, NOME, INIZIALI SECONDO NOME:	DATA DI NASCITA: / /	RECAPITO TELEFONICO: () -
INDIRIZZO DEL/LA CANDIDATO/A:		
Con la presente richiedo e autorizzo il mio medico a rilasciare le seguenti informazioni all'agenzia indicata di seguito.		
FIRMA DEL/LA CANDIDATO/A X	DATA: / /	
Il/La suddetto/a candidato/a ha presentato domanda di adozione di un/a bambino/a. In base alle normative dello Stato di New York, l'agenzia è tenuta a ottenere un referto medico riguardante la salute generale dei membri della famiglia. Tale dichiarazione deve dimostrare che ogni membro della famiglia è esente da malattie, infezioni o patologie trasmissibili o da qualsiasi condizione fisica o mentale che possa influire sulla corretta cura di un/a bambino/a adottato/a. Tale relazione deve comprendere un esame fisico del/la candidato/a condotto non più di un anno prima della data in cui la domanda di approvazione viene presentata all'agenzia.		

SEZIONE 2: INFORMAZIONI SULL'AGENZIA
NOME DELL'AGENZIA:
INDIRIZZO DELL'AGENZIA:
CONTATTO DELL'AGENZIA: (Nome e numero di telefono dell'operatore domiciliare/operatore dell'agenzia)

SEZIONE 3: Da compilare da parte di un medico, un assistente medico, un infermiere o un altro operatore sanitario autorizzato e qualificato per ogni candidato/a.	
Si prega di rispondere a ciascuna delle seguenti domande al meglio delle proprie conoscenze:	
Ci sono disturbi o condizioni croniche o gravi per le quali questa persona ha ricevuto o sta ricevendo un trattamento?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Questa persona sta attualmente assumendo farmaci?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Ha mai indirizzato questa persona ad altri servizi medici, servizi di salute mentale o trattamento per abuso di alcol/sostanze?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Si prega di fornire una spiegazione per ogni risposta affermativa ("Sì").	
REVISIONE SANITARIA GENERALE DEL/LA CANDIDATO/A	
DATA DELL'ESAME FISICO: / /	ALTEZZA: :
	PESO: libbre
	PRESSIONE SANGUIGNA: /
VISTA:	UDITO:
CARDIOVASCOLARE:	POLMONARE:
GASTROINTESTINALE:	ENDOCRINO:
SISTEMA NERVOSO:	MUSCOLARE/SCHELETRICO:
PELLE:	

La persona in questione ha qualche malattia trasmissibile, infezione o malattia, o qualsiasi condizione fisica o mentale che potrebbe influire sulla corretta cura dei bambini? No Sì

Fornire una spiegazione:

La presenza di qualsiasi malattia identificata rappresenta un rischio per la salute e la sicurezza dei bambini? No Sì

Fornire una spiegazione:

RISULTATI

Sulla base delle mie conclusioni, come sopra indicato, e della mia conoscenza dell'individuo, ritengo che l'individuo sopra elencato: È **NON È** in condizioni fisiche tali da poter ragionevolmente aspettarsi che viva fino alla maggiore età del minore adottato e abbia l'energia e le altre capacità necessarie per adempiere alle responsabilità genitoriali.

In caso di risultato negativo:

Fornire una spiegazione:

FIRMA DELL'OPERATORE SANITARIO:

X

RECAPITO TELEFONICO:

() -

DATA DELLA FIRMA:

/ /

INDIRIZZO DEL MEDICO:

TIMBRO DEL MEDICO:

IL MEDICO DEVE RESTITUIRE IL REFERTO COMPILATO AL CONTATTO DELL'AGENZIA ELENcato NELLA SEZIONE 2.

STATO DI NEW YORK
UFFICIO SERVIZI PER I MINORI E LA FAMIGLIA
(OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)

RAPPORTO MEDICO DEI MEMBRI DELLA FAMIGLIA (PARTE II)
SOLO ADOZIONE

Istruzioni:

Candidati: Ci sono tre sezioni in questo modulo. La **Sezione 1** deve essere compilata dal/la candidato/a se il membro della famiglia ha meno di 18 anni o dal membro della famiglia se ha almeno 18 anni. La **Sezione 2** deve essere completata dall'agenzia. La **Sezione 3** deve essere compilata da un medico, assistente medico, infermiere o altro operatore sanitario autorizzato e qualificato per ciascun membro della famiglia.

Operatore domiciliare/operatore di agenzia: Completare la **sezione 2** prima di fornire il modulo al/ai candidato/i. Fornire un modulo per candidato/a.

SEZIONE 1: INFORMAZIONI SUL NUCLEO FAMILIARE		
COGNOME, NOME, INIZIALI SECONDO NOME:	DATA DI NASCITA: / /	RECAPITO TELEFONICO: () -
La persona sopra menzionata risiede nella casa di una o più persone che cercano di adottare un/a bambino/a. In base alle normative dello Stato di New York, l'agenzia è tenuta a ottenere un referto medico riguardante la salute generale dei membri della famiglia. Tale dichiarazione deve dimostrare che ogni membro della famiglia è esente da malattie, infezioni o patologie trasmissibili o da qualsiasi condizione fisica o mentale che possa influire sulla corretta cura di un/a bambino/a adottato/a. Tale relazione deve comprendere un esame fisico del membro della famiglia condotto non più di un anno prima della data in cui la domanda di approvazione viene presentata all'agenzia.		
NOME DEI CANDIDATI:	RELAZIONE CON IL/I CANDIDATO/I:	
INDIRIZZO DEL(I) RICHIEDENTE(I):		
Con la presente richiedo e autorizzo il mio medico a rilasciare le seguenti informazioni all'agenzia indicata di seguito.		
FIRMA DI UN MEMBRO DELLA FAMIGLIA O GENITORE/TUTORE SE IL MEMBRO DELLA FAMIGLIA HA MENO DI 18 ANNI: X	DATA: / /	

SEZIONE 2: INFORMAZIONI SULL'AGENZIA
NOME DELL'AGENZIA:
INDIRIZZO DELL'AGENZIA:
CONTATTO DELL'AGENZIA: (Nome e numero di telefono dell'operatore domiciliare/operatore dell'agenzia)

SEZIONE 3: Da compilare da parte di un medico, assistente medico, infermiere o altro operatore sanitario autorizzato e qualificato per ogni membro della famiglia di un/a candidato/.	
Si prega di rispondere a ciascuna delle seguenti domande al meglio delle proprie conoscenze:	
Ci sono disturbi o condizioni croniche o gravi per le quali questa persona ha ricevuto o sta ricevendo un trattamento?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Questa persona sta attualmente assumendo farmaci?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Ha mai indirizzato questa persona ad altri servizi medici, servizi di salute mentale o trattamento per abuso di alcol/sostanze?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
La persona in questione ha qualche malattia trasmissibile, infezione o malattia, o qualsiasi condizione fisica o mentale che potrebbe influire sulla corretta cura dei bambini?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
La presenza di qualsiasi malattia identificata rappresenta un rischio per la salute e la sicurezza dei bambini?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Si prega di fornire una spiegazione per ogni risposta affermativa ("Sì").	
La persona sopra elencata è in buona salute fisica e mentale, ed esente da malattie trasmissibili, infezioni o malattie?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Si prega di fornire una spiegazione per ogni risposta negativa ("No").	

FIRMA DEL MEDICO: X	RECAPITO TELEFONICO: () -	DATA DELLA FIRMA: / /
INDIRIZZO DEL MEDICO:		
TIMBRO DEL MEDICO:		
IL MEDICO DEVE RESTITUIRE IL REFERTO COMPILATO AL CONTATTO DELL'AGENZIA ELENCATO NELLA SEZIONE 2.		