

FOR FILING PURPOSES  
 NAME OF APPLICANT(S):  
 AGENCY NAME:

뉴욕주  
 아동 및 가족 복지국  
 (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)  
**입양 신청자 진료 기록(파트 1)**  
 입양 전용

**지침:**

**신청자:** 이 양식에는 세 개의 섹션이 있습니다. **섹션 1**은 신청자 작성란입니다. **섹션 2**는 기관 작성란입니다. **섹션 3**은 신청자에 대한 의사, 의사 보조, 임상 간호사, 기타 공인 및 유자격 건강 관리 종사자 작성란입니다.

**주택 중재자/기관 담당자:** 신청자에게 양식을 제공하기 전에 **섹션 2**를 작성하십시오. 신청자 한 명당 한 개의 양식을 제공하십시오.

섹션 1: 신청자 정보		
<b>신청자 이름:</b>		
성, 이름, 중간 이니셜:	생년월일: / /	전화번호: ( ) -
신청자 주소:		
나는 본인의 의사가 아래 명시된 기관에 다음 정보를 공개하도록 요청하며 권한을 부여합니다.		
신청자 서명 <b>X</b>	날짜: / /	
상기의 신청자는 아동 입양을 신청했습니다. 뉴욕주 규제에 따라, 기관에 가구 구성원의 전반적인 건강에 대한 진료 기록이 필요합니다. 해당 기록을 통해 각 가구 구성원이 입양 아동을 적절하게 돌보는 데 영향을 미칠 수 있는 전염병, 감염병, 질병, 기타 모든 신체 또는 정신적 질환이 없다는 것이 증명되어야 합니다. 해당 기록에는 기관에 제출된 승인 신청서의 날짜로부터 1년 이내에 실시된 신청자의 신체검사가 반드시 포함되어야 합니다.		

섹션 2: 기관 정보
기관명:
기관 주소:
기관 연락처: (주택 중재자/기관 담당자의 이름 및 전화번호)

섹션 3: 신청자에 대한 의사, 의사 보조, 임상 간호사, 기타 공인 및 유자격 건강 관리 종사자 작성란입니다.	
다음의 각 질문에 아는 대로 응답하십시오.	
이 개인은 전에 치료를 받았거나 현재 치료받는 중인 만성 또는 심각한 이상 또는 질환이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예
이 개인이 현재 약물을 복용 중입니까?	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예
이 개인을 기타 의료 서비스, 정신 건강 서비스, 술/약물 남용 치료에 위탁한 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예
답변 중 '예'가 있는 경우, 설명해주세요.	

신청자의 전반적인 건강 확인			
신체검사 날짜: / /	신장: :	체중: LBS	혈압: /
시력:	청력:		
심혈관:	폐:		
위장:	내분비:		
신경계:	근육/뼈:		
피부:			

<b>FOR FILING PURPOSES</b> NAME OF APPLICANT(S): AGENCY NAME:
---

이 개인에게 입양 아동을 적절하게 돌보는 데 영향을 미칠 수 있는 전염병, 감염병, 질병, 기타 모든 신체 또는 정신적 질환이 있습니까?  아니요  예  
 설명:

확인된 어떠한 질환의 존재가 아동의 건강 및 안전에 해가 될 수 있습니까?  아니요  예  
 설명:

**결과**

위에 표시된 결과와 개인에 대해 아는 내용을 바탕으로, 상기 개인에 대해 다음과 같이 판단합니다.  
 상기 개인은 아동이 성년이 될 때까지 생존할 것으로 예상되며 부모의 책임을 이행할 수 있는 기운과 기타 능력을 가진 건강 상태가 **맞습니다**  **아닙니다**.  
 아닌 경우:  
 설명:

의료 제공자 서명: <b>X</b>	전화번호: (     )     -     /     /	서명일: /     /
------------------------	------------------------------------	-----------------

제공자 주소:

주치의 소인:

**의료 제공자는 작성된 기록을 섹션 2의 기관 연락처에 반환해야 합니다.**

FOR FILING PURPOSES  
 NAME OF APPLICANT(S):  
 AGENCY NAME:

뉴욕주  
 아동 및 가족 복지국  
 (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)  
**가구 구성원 진료 기록(파트 2)**  
 입양 전용

**지침:**

**신청자:** 이 양식에는 세 개의 섹션이 있습니다. **섹션 1**은 가구 구성원이 18 세 미만인 경우 신청자 작성란, 가구 구성원이 18 세 이상인 경우 해당 가구 구성원 작성란입니다. **섹션 2**는 기관 작성란입니다. **섹션 3**은 각 가구 구성원에 대한 의사, 의사 보조, 임상 간호사, 기타 공인 및 유자격 건강 관리 종사자 작성란입니다.

**주택 중재자/기관 담당자:** 신청자에게 양식을 제공하기 전에 **섹션 2**를 작성하십시오. 신청자 한 명당 한 개의 양식을 제공하십시오.

섹션 1: 가구 구성원 정보		
성, 이름, 중간 이니셜:	생년월일: / /	전화번호: ( ) -
상기 개인은 아동을 입양하려는 개인의 집에 거주하는 중입니다. 뉴욕주 규제에 따라, 기관에 가구 구성원의 전반적인 건강에 대한 진료 기록이 필요합니다. 해당 기록을 통해 각 가구 구성원이 입양 아동을 적절하게 돌보는 데 영향을 미칠 수 있는 전염병, 감염병, 질병, 기타 모든 신체 또는 정신적 질환이 없다는 것이 증명되어야 합니다. 해당 기록에는 기관에 제출된 승인 신청서의 날짜로부터 1년 이내에 실시된 가구 구성원의 신체검사가 반드시 포함되어야 합니다.		
신청자 이름:	신청자와의 관계:	
신청자 주소:		
나는 본인의 의사가 아래 명시된 기관에 다음 정보를 공개하도록 요청하며 권한을 부여합니다. 가구 구성원 또는 가구 구성원이 18 세 미만인 경우 부모/보호자 서명:		
<b>X</b>	날짜: / /	

섹션 2: 기관 정보
기관명:
기관 주소:
기관 연락처: (주택 중재자/기관 담당자의 이름 및 전화번호)

섹션 3: 신청자의 각 가구 구성원에 대한 의사, 의사 보조, 임상 간호사, 기타 공인 및 유자격 건강 관리 종사자 작성란입니다.	
다음의 각 질문에 아는 대로 응답하십시오.	
이 개인은 전에 치료를 받았거나 현재 치료받는 중인 만성 또는 심각한 이상 또는 질환이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예
이 개인이 현재 약물을 복용 중입니까?	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예
이 개인을 기타 의료 서비스, 정신 건강 서비스, 술/약물 남용 치료에 위탁한 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예
이 개인에게 입양 아동을 적절하게 돌보는 데 영향을 미칠 수 있는 전염병, 감염병, 질병, 기타 모든 신체 또는 정신적 질환이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예
확인된 어떠한 질환의 존재가 아동의 건강 및 안전에 해가 될 수 있습니까?	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예
답변 중 '예'가 있는 경우, 설명해주세요.	
상기 개인의 신체 및 정신 건강이 바람직하며, 전염병, 감염병, 질병이 없습니까?	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예
답변 중 '아니요'가 있는 경우, 설명하십시오.	

**FOR FILING PURPOSES**  
 NAME OF APPLICANT(S):  
 AGENCY NAME:

의료 제공자 서명: <b>X</b>	전화번호: (     )     -     /     /	서명일: /     /
제공자 주소:		
주치의 소인:		
의료 제공자는 작성된 기록을 섹션 2의 기관 연락처에 반환해야 합니다.		