

УПРАВЛЕНИЕ ПО ДЕЛАМ ДЕТЕЙ И СЕМЕЙ
 ШТАТА НЬЮ-ЙОРК (NEW YORK STATE OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ЗАЯВИТЕЛЯ, ЖЕЛАЮЩЕГО СТАТЬ ПРИЕМНЫМ РОДИТЕЛЕМ (ЧАСТЬ ПЕРВАЯ) (ПРИМЕНЯТЬ ТОЛЬКО ДЛЯ ПРОЦЕССА УСЫНОВЛЕНИЯ)

Указания:

Заявителю: Данная форма состоит из трех разделов. **Раздел 1** заполняется заявителем. **Раздел 2** заполняется учреждением. **Раздел 3** заполняется врачом, помощником врача, медицинской сестрой высшей квалификации либо другим лицензированным и квалифицированным практикующим медицинским работником.

Специалисту по поиску семьи / сотруднику учреждения: Заполните **Раздел 2**, прежде чем предоставлять форму заявителю. Каждому заявителю выдается по одному экземпляру формы.

РАЗДЕЛ 1. ИНФОРМАЦИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ		
ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ:		
ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО:	ДАТА РОЖДЕНИЯ: / /	НОМЕР ТЕЛЕФОНА: () -
АДРЕС ЗАЯВИТЕЛЯ:		
Настоящим я прошу и уполномочиваю своего врача раскрывать следующую информацию учреждению, указанному ниже.		
ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ X		ДАТА: / /
Вышеупомянутое лицо подало заявление на усыновление ребенка. В соответствии с нормами штата Нью-Йорк, учреждение обязано получить медицинское заключение об общем состоянии здоровья членов семьи заявителя. Данное заключение должно свидетельствовать о том, что все члены семьи не имеют инфекционных заболеваний, а также физических и психических нарушений, которые могут повлиять на оказание надлежащего ухода за усыновленным ребенком. В заключении необходимо указать результаты врачебного осмотра заявителя, проведенного не более чем за один год до даты подачи заявления в учреждение.		

РАЗДЕЛ 2. ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧРЕЖДЕНИИ
НАЗВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ:
АДРЕС УЧРЕЖДЕНИЯ:
КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ (имя и фамилия, а также номер телефона специалиста по поиску семьи или сотрудника учреждения):

РАЗДЕЛ 3. Заполняется врачом, помощником врача, медицинской сестрой высшей квалификации либо другим лицензированным и квалифицированным практикующим медицинским работником.	
Предоставьте, в меру своей осведомленности, ответы на приведенные ниже вопросы:	
Имеются ли у данного лица какие-либо хронические или тяжелые заболевания либо нарушения, от которых оно получало или получает лечение?	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
Принимает ли данное лицо в настоящее время лекарства?	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
Направляли ли вы когда-либо данное лицо в другие медицинские учреждения, службы лечения алкогольной и наркотической зависимости, а также психических расстройств?	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
Уточните, если какой-либо из ответов «Да»:	

ОБЩАЯ ПРОВЕРКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЗАЯВИТЕЛЯ			
ДАТА ВРАЧЕБНОГО ОСМОТРА: / /	РОСТ: :	ВЕС: (в фунтах)	АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ: /
ЗРЕНИЕ:		СЛУХ:	
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА:		ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА:	
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЙ ТРАКТ:		ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА:	
НЕРВНАЯ СИСТЕМА:		МЫШЕЧНАЯ И КОСТНАЯ СИСТЕМЫ:	
КОЖА:			

Имеет ли данное лицо какое-либо инфекционное заболевание или физическое либо психическое нарушение, которое может повлиять на оказание надлежащего ухода за детьми? Нет Да
Уточните:

Представляет ли наличие какого-либо выявленного недуга риск для здоровья и безопасности детей? Нет Да
Уточните:

ВЫВОДЫ

На основании сведений, указанных мною выше, и моей осведомленности о заявителе, я считаю, что вышеупомянутое лицо **ИМЕЕТ** **НЕ ИМЕЕТ** физическое состояние, позволяющее ему прожить до совершеннолетия ребенка и прилагать достаточно усилий для выполнения родительских обязанностей.

В случае отрицательного ответа:

Уточните:

ПОДПИСЬ ПОСТАВЩИКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ:

X

НОМЕР ТЕЛЕФОНА:

() -

ДАТА ПОДПИСАНИЯ:

 / /

АДРЕС ПОСТАВЩИКА:

ПЕЧАТЬ ВРАЧА:

ПОСТАВЩИК МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ДОЛЖЕН ВЕРНУТЬ ЗАПОЛНЕННОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ В УЧРЕЖДЕНИЕ, УКАЗАННОЕ В РАЗДЕЛЕ 2.

УПРАВЛЕНИЕ ПО ДЕЛАМ ДЕТЕЙ И СЕМЕЙ
 ШТАТА НЬЮ-ЙОРК (NEW YORK STATE OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)
МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ
(ЧАСТЬ ВТОРАЯ)
(ПРИМЕНЯТЬ ТОЛЬКО ДЛЯ ПРОЦЕССА УСЫНОВЛЕНИЯ)

Указания:

Заявителю(-ям): Данная форма состоит из трех разделов. **Раздел 1** заполняется членом семьи (если ему исполнилось 18 лет) заявителя или самим заявителем (если член семьи младше 18 лет). **Раздел 2** заполняется учреждением. **Раздел 3** заполняется врачом, помощником врача, медицинской сестрой высшей квалификации либо другим лицензированным и квалифицированным практикующим медицинским работником для каждого члена семьи.

Специалисту по поиску семьи / сотруднику учреждения: Заполните **Раздел 2**, прежде чем предоставлять форму заявителю(-ям). Каждому заявителю выдается по одному экземпляру формы.

РАЗДЕЛ 1. ИНФОРМАЦИЯ О ЧЛЕНЕ СЕМЬИ		
ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО:	ДАТА РОЖДЕНИЯ: / /	НОМЕР ТЕЛЕФОНА: () -
Вышеупомянутое лицо проживает вместе с заявителем(-ями), желающим(-и) усыновить ребенка. В соответствии с нормами штата Нью-Йорк, учреждение обязано получить медицинское заключение об общем состоянии здоровья членов семьи заявителя. Данное заключение должно свидетельствовать о том, что все члены семьи не имеют инфекционных заболеваний, а также физических и психических нарушений, которые могут повлиять на оказание надлежащего ухода за усыновленным ребенком. В заключении необходимо указать результаты врачебного осмотра члена семьи, проведенного не более чем за один год до даты подачи заявления на утверждение в учреждение.		
ИМЯ И ФАМИЛИЯ (ИМЕНА И ФАМИЛИИ) ЗАЯВИТЕЛЯ(-ЕЙ):	КЕМ ПРИХОДИТСЯ ЗАЯВИТЕЛЮ(-ЯМ):	
АДРЕС ЗАЯВИТЕЛЯ(-ЕЙ):		
Настоящим я прошу и уполномочиваю своего врача раскрывать следующую информацию учреждению, указанному ниже. Подпись члена семьи или ЕГО РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА (для лиц младше 18 лет):		
<input checked="" type="checkbox"/>		ДАТА: / /

РАЗДЕЛ 2. ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧРЕЖДЕНИИ
НАЗВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ:
АДРЕС УЧРЕЖДЕНИЯ:
КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ (имя и фамилия, а также номер телефона специалиста по поиску семьи или сотрудника учреждения):

РАЗДЕЛ 3. Заполняется врачом, помощником врача, медицинской сестрой высшей квалификации либо другим лицензированным и квалифицированным практикующим медицинским работником для каждого члена семьи.	
Предоставьте, в меру своей осведомленности, ответы на приведенные ниже вопросы.	
Имеются ли у данного лица какие-либо хронические или тяжелые заболевания либо нарушения, от которых оно получало или получает лечение?	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
Принимает ли данное лицо в настоящее время лекарства?	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
Направляли ли вы когда-либо данное лицо в другие медицинские учреждения, службы лечения алкогольной и наркотической зависимости, а также психических расстройств?	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
Имеет ли данное лицо какое-либо инфекционное заболевание или физическое либо психическое нарушение, которое может повлиять на оказание надлежащего ухода за детьми?	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
Представляет ли наличие какого-либо выявленного недуга риск для здоровья и безопасности детей?	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
Уточните, если какой-либо из ответов «Да»:	
Находится ли вышеуказанное лицо в хорошем физическом и психическом состоянии без инфекционных заболеваний или болезней?	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
Уточните, если ответ «Нет»:	

ПРЕДНАЗНАЧЕНО ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ
ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ:
НАЗВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ:

ПОДПИСЬ ПОСТАВЩИКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ: X	НОМЕР ТЕЛЕФОНА: () -	ДАТА ПОДПИСАНИЯ: / /
АДРЕС ПОСТАВЩИКА:		
ПЕЧАТЬ ВРАЧА:		
ПОСТАВЩИК МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ДОЛЖЕН ВЕРНУТЬ ЗАПОЛНЕННОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ В УЧРЕЖДЕНИЕ, УКАЗАННОЕ В РАЗДЕЛЕ 2.		