

ይህን ቅጽ ይጠቀሙ የልጅዎ አካላዊ ጤናን ለትምህርት ቤታቸው/የልጅ እንክብካቤ ተቋማቸው ረገጥ ለማድረግ። ይህ በዲሲ አፈሴላዊ ኮድ §38-602 የሚጠየቅ ነው። ፈቃድ ያለው የህክምና ባለሙያ ክፍል 2 - 4 እንዲሞላ ያድርጉ። የጤና መድን ፕሮግራሞችን በ <https://dchealthlink.com> ያግኙ። በልጅዎ ትምህርት ቤት በዋና ቢሮ በኩል የጤና ቡድን ሰዎችን ሊያነጋግሩ ይችላሉ።

ክፍል 1፡ የልጅ የግል መረጃ | በወላጅ/አሳዳጊ የሚሞላ።

የልጅ የአያት ስም፡		የልጅ የመጀመሪያ ስም፡		የትውልድ ቀን፡	
የትምህርት ቤት ወይም የልጅ እንክብካቤ ተቋም ስም፡				ጾታ፡	<input type="checkbox"/> ወንድ <input type="checkbox"/> ሴት <input type="checkbox"/> ሁለትዮሽ ያልሆነ
የቤት አድራሻ፡		አፓርታመንት፡	ከተማ፡	ስቴት፡	ZIP (ዚፕ)፡
ብሄር፡ (የሚመለከተውን ሁሉ ይምረጡ)	<input type="checkbox"/> ሂንዱዊ/ላቲኖ <input type="checkbox"/> ሂንዱዊ-ያልሆነ/ላቲኖ-ያልሆነ <input type="checkbox"/> ሌላ <input type="checkbox"/> መልስ ላለመስጠት ይምረጡ				
ዘር፡ (ሁሉም የሚመለከቱትን ይምረጡ)	<input type="checkbox"/> አሜሪካዊ ህንዶች/የአላስካ ተወላጅ <input type="checkbox"/> እስያዊ <input type="checkbox"/> የሀዋይ ተወላጅ/የፓሲፊክ ደሴት ተወላጅ <input type="checkbox"/> ጥቁር/አፍሪካ አሜሪካዊ <input type="checkbox"/> ነጭ <input type="checkbox"/> መልስ ላለመስጠት ይምረጡ				
የወላጅ/የሞግዚት ስም፡			ወላጅ/የአሳዳጊ ስልክ ቁጥር፡		
የአደጋ ጊዜ ተጠሪ ስም፡			የአደጋ ጊዜ ተጠሪ ስልክ ቁጥር፡		
የመድን ዓይነት፡ <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> የግል <input type="checkbox"/> አንድም			የመድን ስም/መታወቂያ ቁጥር ፡፡		

ባለፈው ዓመት ውስጥ ልጁ/ጅቷ የጥርስ ህክምና ሀኪም/የጥርስ ህክምና አቅራቢ ጋር ሄደዋል? ☐ አዎ ☐ አይ

ፈራሚው የጤና መርማሪ/ተቋም በዚህ ቅጽ ላይ ያለውን የጤና መረጃ ለልጄ ትምህርት ቤት፣ የልጅ እንክብካቤ፣ ካምፕ፣ ወይም ተገቢ የዲሲ መንግስት ኤጀንሲ እንዲያጋራ ፈቃድ እሰጣለሁ። በተጨማሪም፣ ዲስትሪክቱ፣ ትምህርት ቤቱ፣ ሠራተኞቹ እና ኤጀንቶቹ በዲሲ ሕግ 17- 107 ስር ለድርጊቶች ወይም መታለፊች ከህግ ተጠያቂነት ነጻ እንደሚሆኑ እነሆ እውቅና እሰጣለሁ እናም እስማማለሁ፣ የወንጀል ድርጊቶች፣ የታሰበበት ጥፋት፣ ከፍተኛ ችልተኝነት፣ ወይም በፈቃድ የሚደረግ የስነ-ምግባር ጉድለት ከሆነ በስተቀር። ይህ ቅጽ በየዓመቱ ተሞልቶ ወደ ልጄ ትምህርት ቤት መመለስ እንዳለበት እረዳለሁ።

ወላጅ/ሞግዚት ፊርማ፡ \_\_\_\_\_ ቀን፡ \_\_\_\_\_  
ክፍል 2፡ የልጅ ጤና ታሪክ፣ ምርመራ፣ እና ምክረ-ሀሳቦች | ፈቃድ ባለው የጤና እንክብካቤ አቅራቢ የሚሞላ።

የጤና ምርመራ ቀን፡	BP፡ _____ <input type="checkbox"/> NML <input type="checkbox"/> ABNL	ክብደት <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> KG	ቁመት፡ <input type="checkbox"/> ወብ <input type="checkbox"/> ጥ <input type="checkbox"/> CM	BMI፡	BMI ፕሮሰንታይል፡
የእይታ ማጣሪያ፡ የግራ ዓይን፡ 20/ _____ የቀኝ ዓይን፡ 20/ _____	<input type="checkbox"/> ተስተካክሏል <input type="checkbox"/> አልተስተካከለም	<input type="checkbox"/> መነጽሮችን ይልበሱ <input type="checkbox"/> ሪፊር ተደርጓል <input type="checkbox"/> አልተመረመረም			
የመስማት ችሎታ ማጣሪያ፡ (የሚመለከተውን ሁሉ ይምረጡ)	<input type="checkbox"/> አልፏል <input type="checkbox"/> ወድቋል	<input type="checkbox"/> አልተመረመረም <input type="checkbox"/> መሳሪያ ይጠቀማል <input type="checkbox"/> ሪፊር ተደርጓል			

ልጁ/ልጅቷ ከሚከተሉት የጤና ስጋቶች ማንኛውንም አለው/አላት? (የሚመለከተውን ሁሉ ይምረጡ እና ዝርዝሮችን ከታች ያቅርቡ)

<input type="checkbox"/> አስም	<input type="checkbox"/> መቋቋም አለመቻል	<input type="checkbox"/> ሲክል ሴል
<input type="checkbox"/> አቲዝም	<input type="checkbox"/> የልብ ድካም	<input type="checkbox"/> ድንገተኛ የህክምና እንክብካቤ ሊያስፈልጋቸው የሚችሉ ጉልህ የምግብ/የመድሃኒት/የአካባቢ አለርጂዎች።
<input type="checkbox"/> ባህሪያዊ	<input type="checkbox"/> የኩላሊት በሽታ	<input type="checkbox"/> የረጅም-ጊዜ መድሃኒቶች፣ ያለ-ሀኪም ትዕዛዝ የሚገዙ መድሃኒቶች (አቮር-ዜ-ካውንተር-ድራግስ (OTC)) ወይም የልዩ እንክብካቤ መስፈርቶች።
<input type="checkbox"/> ካንሰር	<input type="checkbox"/> የቋንቋ/ንግግር	<input type="checkbox"/> ዝርዝሮች ከታች ቀርበዋል።
<input type="checkbox"/> ሴሬብራል ፐልሲ	<input type="checkbox"/> በከመጡ በላይ ውፍረት	<input type="checkbox"/> የረጅም-ጊዜ መድሃኒቶች፣ ያለ-ሀኪም ትዕዛዝ የሚገዙ መድሃኒቶች (አቮር-ዜ-ካውንተር-ድራግስ (OTC)) ወይም የልዩ እንክብካቤ መስፈርቶች።
<input type="checkbox"/> የእድገት	<input type="checkbox"/> ስኮሊዮስስ	<input type="checkbox"/> ጉልህ የጤና ታሪክ፣ ሁኔታ፣ ተላላፊ በሽታዎች፣ ወይም ውስንነቶች።
<input type="checkbox"/> በየስኳር በሽታ	<input type="checkbox"/> የሚጥል በሽታ	<input type="checkbox"/> ዝርዝሮች ከታች ቀርበዋል።
<input type="checkbox"/> ሌላ፡ _____		

ዝርዝሮችን ያቅርቡ። ልጁ/ጅቷ Rx/ህክምና ካገኘ/ች፣ እባክዎ የተሟላ የመድሃኒት/የጤና ህክምና እቅድ ቅጽን ያያዙ፤ እና ልጁ/ጅቷ ሪፊር ተደርጎ/ጋ ከሆነ/ች፣ እባክዎ ማስታወሻ ይያዙ።

የፕቤ ግምገማ   ፖዘቲቭ የሆነ TST ለግምገማ ወደ ተቋማዊ የእንክብካቤ ሀኪም ሪፌረንስ መደረግ አለበት። ለጥያቄዎች ለፒ.ቤ. ቁጥጥር በ 202-698-4040 ይደውሉ።		
ለ ፕቤ የልጁ/ልጅቷ የስጋት ደረጃ ምንድን ነው?	የቆዳ ምርመራ ቀን፡	የኪንቴፌሮን ምርመራ ቀን፡
	የቆዳ ምርመራ <input type="checkbox"/> ኔቴቲቭ <input type="checkbox"/> ፖዘቲቭ፣ CXR ኔግቲቭ <input type="checkbox"/> ፖዘቲቭ፣ CXR ፖዘቲቭ <input type="checkbox"/> ፖዘቲቭ፣ የታከመ	



ይህ ክትባት ለመውሰድ ትክክለኛ የሆነ የህክምና የማይወስድበት/የማትወስድበት ሁኔታ ጊዜያዊ ነው?

☐ ዘላቂ

☐ ጊዜያዊ ነው እስከ፡\_\_\_\_\_ (ቀን)

የሕክምና መታለፍ ምክንያት፡\_\_\_\_\_

በበሽታ ያለመያዝ አማራጭ ማረጋገጫ (የሚመለከተው ከሆነ)

ከላይ የተጠቀሰው/ች ልጅ በሚከተሉት ያለመያዝ የላቦራቶሪ ማስረጃ እንዳለው/ላት አረጋግጣለሁ እናም የምርመራ ውጤቶች ቅጂን አያይዣለሁ።

☐ ዲፍቴሪያ

☐ ቴታነስ

☐ ፔርቱስስ

☐ Hib

☐ HepB

☐ ፖሊ

☐ ሚዝልስ

☐ ማምፕስ

☐ ሩቤላ

☐ ቫሪሴላ

☐ ኒሞኮካል

☐ HepA

☐ ሜዚንጎኮካ

|

☐ HPV

ክፍል 4፡ ፈቃድ ያለው የጤና ስራ የሚሰራ የምስክር ወረቀት | ፈቃድ ባለው የጤና እንክብካቤ አቅራቢ የሚሞላ።

ይህ ልጅ በትክክል ምርመራ ተደርጎለታል/ላታል እና የጤና ታሪክ ተገምግሞ በዚህ ቅጽ ላይ በተዘረዘሩ ይዘቶች መሰረት ተመዝግቧል። በምርመራው ☐ አይ ☐ አዎ ጊዜ፣ ይህ ልጅ በሁሉም የትምህርት ቤት፣ ካምፕ፣ ወይም የልጅ እንክብካቤ ተግባራት ውስጥ ለመሳተፍ አጥጋቢ የጤና ሁኔታ ላይ ነው

ያለው/ያላቸው፣ በገጽ አንድ የተገለጸው ከሆነ በስተቀር።

ይህ ልጅ ለውድድር ስፖርቶች ተጣርቶ/ታ ☐ N/A ☐ አይ ☐ አዎ ☐ አዎ፣ ተይዞ ያለው ተጨማሪ የመልቀቂያ ቅጽ፡\_\_\_\_\_

አልፏል/አልፋለች።

ይህን ልጅ እንደመረመርኩ እና እዚህ ውስጥ የተመዘገበው መረጃ በምርመራው ውጤት ምክንያት የተወሰነ እንደሆነ እዚህ አረጋግጣለሁ።

ፈቃድ ያለው የጤና እንክብካቤ አቅራቢ የቢሮ ማህተም	የአቅራቢ ስም፡	
	የአቅራቢ ስልክ ቁጥር፡	
	የአቅራቢ ፊርማ፡	ቀን፡

ለቢሮ ስራ ብቻ | ሁሉ-አቀፍ የጤና የምስክር ወረቀት በትምህርት ቤት ባለስልጣን እና የጤና ቡድን ሰራተኞች የሚቀበል ነው።

የትምህርት ቤት ባለስልጣን ስም፡	ፊርማ፡	ቀን፡
የጤና ቡድን ሰራተኛ ስም፡	ፊርማ፡	ቀን፡