

通用健康证

使用此表向您孩子所在学校/托儿所报告其身体健康状况。此为《哥伦比亚特区官方法典》(DC Official Code) 第 38-602 节所要求。请持执照医疗专业人士完成第 2 至第 4 部分。如需获取健康保险计划，请访问：dchealthlink.com。您可以通过您孩子所在学校的总务处联系保健套餐服务 (Health Suite) 工作人员。

第 1 部分：孩子个人信息 (由家长/监护人填写。)					
孩子姓氏：	孩子名字：	出生日期：			
学校名称或托儿所名称：	学生年级：	性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 非二元性别			
家庭住址：	公寓号：	城市：	州：	邮编：	
族裔：(请勾选所有适用项) <input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉美裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔/拉美裔 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不愿回答					
种族：(请勾选所有适用项) <input type="checkbox"/> 美洲印第安人/阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亚裔 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民/太平洋岛民 <input type="checkbox"/> 黑人/非裔美国人 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 不愿回答					
家长/监护人姓名：			家长/监护人电话：		
紧急联系人姓名：			紧急联系人电话：		
保险类型： <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> 私人保险 <input type="checkbox"/> 无			保险名称/身份识别号码：		
此孩子在过去一年内是否看过牙医/牙科服务提供者？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
我允许签署本表格的健康检查人员/设施与我孩子所在学校、托儿所、营地或相应的哥伦比亚特区政府机构共享此表格上的健康信息。此外，本人特此确认并同意，除犯罪行为、蓄意不当行为、严重疏忽或执意不当行为外，依据《哥伦比亚特区法》(DC Law) 第 17-107 节规定，哥伦比亚特区、学校、其雇员及代理人不因其作为或不作为而承担民事责任。我明白本表格应每年填写并交回至我孩子所在学校。					
家长/监护人签名：_____			日期：_____		
第 2 部分：孩子健康史、检查和建议 (由持执照医疗保健提供者填写。)					
健康检查日期：	血压： <input type="checkbox"/> 正常 ____/____ <input type="checkbox"/> 不正常	体重： <input type="checkbox"/> 磅 <input type="checkbox"/> 千克	身高： <input type="checkbox"/> 英寸 <input type="checkbox"/> 厘米	体质指数 (BMI)：	BMI 百分位数：
视力筛查视力水平：对于 3-6 岁儿童，只需填写 (合格/不合格)。6 岁及以上儿童则需在此部分提供视力水平。					
视力筛查：	左眼：20/____ 右眼：20/____ 左： <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格 右： <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格	<input type="checkbox"/> 矫正 <input type="checkbox"/> 未矫正	<input type="checkbox"/> 佩戴眼镜	<input type="checkbox"/> 已转诊	<input type="checkbox"/> 未检测
听力筛查：	(请勾选所有适用项) <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格 <input type="checkbox"/> 未检测 <input type="checkbox"/> 使用助听器 <input type="checkbox"/> 已转诊				

此孩童是否有以下健康问题？（请勾选所有适用项，并在下方提供详情）

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 哮喘 | <input type="checkbox"/> 生长迟缓 | <input type="checkbox"/> 镰状细胞 |
| <input type="checkbox"/> 自闭症 | <input type="checkbox"/> 心脏衰竭 | <input type="checkbox"/> 可能需要紧急医疗护理的显著食物/药物/环境过敏。详情见下文。 |
| <input type="checkbox"/> 行为问题 | <input type="checkbox"/> 肾脏衰竭 | <input type="checkbox"/> 长期用药、非处方药 (OTC) 或特殊护理要求。详情见下文。 |
| <input type="checkbox"/> 癌症 | <input type="checkbox"/> 语言/言语 | <input type="checkbox"/> 显著健康史、病情、传染性疾病或限制。详情见下文。 |
| <input type="checkbox"/> 脑瘫 | <input type="checkbox"/> 肥胖 | <input type="checkbox"/> 其他：_____ |
| <input type="checkbox"/> 发育问题 | <input type="checkbox"/> 脊柱侧凸 | |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 癫痫 | |

请提供详情。如果此孩子接受处方/治疗，请附上一份完整的药物/医疗计划表；如果此孩子经转诊，请注明。

结核病 (TB) 评估 | 结核检测呈阳者，应被转介至初级保健医师处进行评估。如有疑问，请致电 (202) 698-4040 联系 DC Health 结核病控制中心。请访问 dchealth.dc.gov/page/tuberculosis-basics，了解有关结核病的更多信息。

此孩子患肺结核的风险等级为？ <input type="checkbox"/> 高 > 完成皮肤检测和/或 γ-干扰素释放试验 (IGRA) 检测 <input type="checkbox"/> 低	皮肤检测日期： 皮肤检测结果： <input type="checkbox"/> 阴性 <input type="checkbox"/> 阳性，胸部 X 光 (CXR) 呈阴性 <input type="checkbox"/> 阳性，胸部 X 光 (CXR) 呈阳性 <input type="checkbox"/> 阳性，已治疗	IGRA 血液检测日期： IGRA 结果： <input type="checkbox"/> 阴性 <input type="checkbox"/> 阳性 <input type="checkbox"/> 阳性，已治疗
---	---	--

关于结核病检测补充说明：

铅接触风险筛查 | 所有铅含量均须报告至哥伦比亚特区儿童铅中毒预防中心 (Childhood Lead Poisoning Prevention)。请致电 (202) 481-3837 或传真至 (202) 535-2607。

仅适用于 6 岁以下儿童 每个孩子在 2 岁前必须进行 2 次铅检测	第 1 次检测日期：	第 1 次结果： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 不正常，发育筛查日期：	第 1 次血清/手指铅水平：
	第 2 次检测日期：	第 2 次结果： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 不正常，发育筛查日期：	第 2 次血清/手指铅水平：
	第 3 次检测日期：	第 3 次结果： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 不正常，发育筛查日期：	第 3 次血清/手指铅水平：

第 3 部分：免疫信息 | (由持执照医疗保健提供者填写。)

孩子姓氏：	孩子名字：					出生日期：	
免疫接种	请在下方方框内提供免疫接种日期 (月/日/年)						
白喉、破伤风、百日咳 (DTP, DTaP)	1	2	3	4	5		
白喉和破伤风 (DT) (< 7 岁) / 破伤风和白喉 (TD) (> 7 岁)	1	2	3	4	5		
百白破 (Tdap) 疫苗加强剂	1						
百白破-灭活脊髓灰质炎疫苗 (IPV)	1	2					
百白破-灭活脊髓灰质炎疫苗-乙型流感嗜血杆菌	1	2	3				
百白破-乙型肝炎-灭活脊髓灰质炎疫苗	1	2	3				
百白破-灭活脊髓灰质炎疫苗-乙型流感嗜血杆菌-乙型肝炎	1	2	3				
乙型流感嗜血杆菌 (Hib)	1	2	3	4			
乙型肝炎 (HepB)	1	2	3	4			
脊髓灰质炎 (脊髓灰质炎灭活疫苗 (IPV), 口服脊髓灰质炎疫苗 (OPV))	1	2	3	4			
麻疹、腮腺炎、风疹 (麻腮风三联疫苗 (MMR))	1	2					
麻疹	1	2					
腮腺炎	1	2					
风疹	1	2					
水痘	1	2	孩子起过水痘 (月份和年份) : _____ 核实人 (姓名和职称) : _____				
肺炎球菌联合疫苗	1	2	3	4			
甲型肝炎 (HepA) (出生于 2005 年 1 月 1 日或之后)	1	2					
人乳头瘤病毒 (HPV) 疫苗	1	2	3				
脑膜炎球菌疫苗	1	2					
流感疫苗 (建议)	1	2	3	4	5	6	7
轮状病毒疫苗 (建议)	1	2	3				
COVID-19/冠状病毒疫苗 (建议)	1	2	3	4	5	6	7
其他	1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/> 此孩童未能按时进行免疫接种，但已制定计划恢复接种。 下次预约为： _____							

医疗豁免 (如适用)

我证明上述孩童当下患有有效的医疗禁忌症，不适合接受以下免疫接种：

- | | | | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> 白喉 | <input type="checkbox"/> 破伤风 | <input type="checkbox"/> 百日咳 | <input type="checkbox"/> 乙型流感嗜血杆菌 | <input type="checkbox"/> 乙型肝炎 | <input type="checkbox"/> 脊髓灰质炎 (所有 3 种脊灰病毒血清型) | <input type="checkbox"/> 麻疹 |
| <input type="checkbox"/> 腮腺炎 | <input type="checkbox"/> 风疹 | <input type="checkbox"/> 水痘 | <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 | <input type="checkbox"/> 甲型肝炎 | <input type="checkbox"/> 脑膜炎球菌疫苗 (ACWY) | <input type="checkbox"/> 人乳头瘤病毒疫苗 (HPV) |
| <input type="checkbox"/> COVID-19/ 冠状病毒 | | | | | | |

此医疗禁忌为永久性或暂时性？

- 永久性 暂时性，直至： (日期)

替代免疫接种证明 (如适用)

我证明上述孩童具有针对下列免疫接种的实验室证据，我已附上滴度结果副本。

- | | | | | | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> 白喉 | <input type="checkbox"/> 破伤风 | <input type="checkbox"/> 百日咳 | <input type="checkbox"/> 乙型流感嗜血杆菌 | <input type="checkbox"/> 乙型肝炎 | <input type="checkbox"/> 脊髓灰质炎 (所有 3 种脊灰病毒血清型) | <input type="checkbox"/> 麻疹 |
| <input type="checkbox"/> 腮腺炎 | <input type="checkbox"/> 风疹 | <input type="checkbox"/> 水痘 | <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 | <input type="checkbox"/> 甲型肝炎 | | <input type="checkbox"/> 人乳头瘤病毒疫苗 (HPV) |

第 4 部分：持执照保健执业医师证明 | (由持执照医疗保健提供者填写。)

该孩童已按照本表规定的项目进行了适当的检查，健康史已审查并记录。在检查时，该孩童的健康状况良好，可参加所有学校、夏令营或托儿所的活动，除第一页注明的情况外。 否 是

该孩童获批可以参加**竞技运动**。 不适用 否 是 是，有待来自以下的额外许可：

我特此证明，我对该孩童进行了检查，此处记录信息根据检查结果确定。

持执照医疗保健提供者办公室印章 **医疗保健提供者姓名：**

医疗保健提供者电话：

医疗保健提供者签名：

日期：

仅供办公室使用 | 学校官员和 Health Suite 工作人员收到的通用健康证。

学校官员姓名：

签名：

日期：

Health Suite 工作人员姓名：

签名：

日期：