

범용 건강 증명서

이 양식을 사용하여 자녀의 신체 건강 상태를 학교/보육 시설에 보고해 주세요. 이는 DC 공식 법규(DC Official Code) §38-602에 의한 필수사항입니다. 파트 2-4는 유면허 의료 전문가가 작성하도록 합니다. dchealthlink.com에서 건강 보험 프로그램에 접속하세요. 자녀 학교의 교무실을 통해 보건실 담당자에게 문의할 수 있습니다.

파트 1: 아동 개인 정보 학부모/보호자가 작성해야 합니다.					
아동 성:		아동 이름:		생년월일:	
학교명 또는 보육 시설명:			학생 학년:		성별: <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 논바이너리
주택 주소:		아파트:	시:	주:	우편번호:
인종: (해당 사항 모두 표시) <input type="checkbox"/> 히스패닉/라틴계 <input type="checkbox"/> 비히스패닉/비라틴계 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> 답변 의사 없음					
인종: (해당 사항 모두 표시) <input type="checkbox"/> 아메리카 인디언/알래스카 원주민 <input type="checkbox"/> 아시아인 <input type="checkbox"/> 하와이 원주민/태평양 섬 주민 <input type="checkbox"/> 흑인/아프리카계 미국인 <input type="checkbox"/> 백인 <input type="checkbox"/> 답변 의사 없음					
학부모/보호자 성명:			부모/후견인 전화번호:		
비상 연락처 성명:			비상 연락처 전화번호:		
보험 유형: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> 민간 <input type="checkbox"/> 없음			보험명/ID 번호:		
해당 아동은 지난 1년 이내에 치과 의사/치과 의료제공자에게 진료를 받은 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요					
본인은 서명하는 건강 검사관/시설이 본 양식의 건강 정보를 자녀의 학교, 보육 시설, 캠프 또는 적절한 DC 정부 기관과 공유할 것을 승인합니다. 또한, 본인은 이로써 DC, 학교, 그 직원 및 에이전트가 범죄 행위, 고의적 잘못, 중대한 과실 또는 고의적 불법 행위를 제외하고 DC 법률 17-107에 따른 작위 또는 부작위에 대한 민사상 책임을 면하게 됨을 인정하고 이에 동의합니다. 본인은 이 양식을 작성하여 매년 자녀의 학교에 제출해야 함을 이해합니다.					
학부모/보호자 서명: _____			날짜: _____		
파트 2: 아동의 건강 기록, 검진 및 권장안 유면허 의료 제공자가 작성해야 합니다.					
건강검진일:	혈압: <input type="checkbox"/> NML <input type="checkbox"/> ABNL	체중: <input type="checkbox"/> LBS <input type="checkbox"/> KG	키: <input type="checkbox"/> IN <input type="checkbox"/> CM	BMI:	BMI 백분위수:
시력 검사 정밀역치: 3~6세 아동의 경우 (통과/미통과)만 요구. 6세 이상 아동은 이 섹션에 시력정밀역치 요구.					
시력 검사:	왼쪽 눈: 20/_____ L: <input type="checkbox"/> 통과 <input type="checkbox"/> 미통과	오른쪽 눈: 20/_____ R: <input type="checkbox"/> 통과 <input type="checkbox"/> 미통과	<input type="checkbox"/> 교정됨 <input type="checkbox"/> 미교정	<input type="checkbox"/> 안경 착용	<input type="checkbox"/> 의뢰됨 <input type="checkbox"/> 검사 미 실시
청력 선별: (해당 사항 모두 표시) <input type="checkbox"/> 통과 <input type="checkbox"/> 미통과 <input type="checkbox"/> 검사 미 실시 <input type="checkbox"/> 기기 사용 <input type="checkbox"/> 추천됨					

학생에게 다음과 같은 건강 문제가 있습니까?(해당 항목을 모두 체크하고 아래에 세부 정보 제공)

- | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 천식 | <input type="checkbox"/> 성장장애 | <input type="checkbox"/> 겸상 적혈구 |
| <input type="checkbox"/> 자폐증 | <input type="checkbox"/> 심부전 | <input type="checkbox"/> 응급 진료가 요구될 수 있는 심각한 식품/약물/환경 알레르기 아래에 세부정보 제공 |
| <input type="checkbox"/> 행동 | <input type="checkbox"/> 신부전 | <input type="checkbox"/> 장기 약물, 일반의약품(OTC) 또는 특별관리 요구 사항 아래에 세부정보 제공 |
| <input type="checkbox"/> 암 | <input type="checkbox"/> 언어/말하기 | <input type="checkbox"/> 중요한 건강 이력, 질환, 전염병 또는 제한사항 아래에 세부정보 제공 |
| <input type="checkbox"/> 뇌성 마비 | <input type="checkbox"/> 비만 | <input type="checkbox"/> 기타: _____ |
| <input type="checkbox"/> 발달 | <input type="checkbox"/> 척추 측만증 | |
| <input type="checkbox"/> 당뇨병 | <input type="checkbox"/> 발작 | |

세부정보를 제공해 주십시오. 자녀가 Rx/치료를 받는 경우, 전체 약물/의료치료계획(Medication/Medical Treatment Plan) 양식을 첨부하시고, 현재 자녀가 의뢰된 상태인 경우 이를 명시해 주십시오.

결핵 평가 | 결핵 검사 결과 양성인 경우 평가를 위해 1차 진료 제공자에게 의뢰해야 합니다. 질문이 있으시면 DC 보건부(DC Health) TB Control(202-698-4040)에 전화하세요. 결핵 관련 자세한 내용은 dchealth.dc.gov/page/tuberculosis-basics 참조

자녀의 결핵 위험도는 어느 정도입니까? <input type="checkbox"/> 높음 > 전체 피부 검사 및/또는 IGRA 혈액 검사 <input type="checkbox"/> 낮음	피부 테스트 날짜: 피부 테스트 결과: <input type="checkbox"/> 음성 <input type="checkbox"/> 양성, CXR 음성 <input type="checkbox"/> 양성, CXR 양성 <input type="checkbox"/> 양성, 치료됨	IGRA 혈액 검사 날짜: IGRA 결과: <input type="checkbox"/> 음성 <input type="checkbox"/> 양성 <input type="checkbox"/> 양성, 치료됨
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

결핵 검사 관련 추가 참고 사항:

납 노출 위험도 검사 | 전체 납 수치는 DC 아동납중독예방(DC Childhood Lead Poisoning Prevention)에 보고해야 합니다. 전화 202-654-6002 또는 팩스 202-535-2607.

6세 미만 아동 전용 모든 아동은 2세가 될 때까지 2회의 납 검사를 받아야 함	1차 검사일:	1차 결과: <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 비정상, 발달 검사 날짜:	1차 혈청/핑거스틱 납 검사:
	2차 검사일:	2차 결과: <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 비정상, 발달 검사 날짜:	2차 혈청/핑거스틱 납 검사:
	3차 검사일:	3차 결과: <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 비정상, 발달 검사 날짜:	3차 혈청/핑거스틱 납 검사:

범용 건강 증명서

파트 3: 예방접종 정보 유연허 의료 제공자가 작성해야 합니다.							
아동 성:	아동 이름:				생년월일:		
예방접종	아래의 상자에 예방접종일(MM/DD/YY) 기입						
디프테리아, 파상풍, 백일해 (DTP, DTaP)	1	2	3	4	5		
DT(7세 미만)/ Td(7세 이상)	1	2	3	4	5		
Tdap 추가 접종	1						
DTaP-IPV	1	2					
DTap-IPV-Hib	1	2	3				
DTap-HepB-IPV	1	2	3				
DTap-IPV-Hib-HepB	1	2	3				
b형 헤모필루스 인플루엔자(Hib)	1	2	3	4			
B형 간염(HepB)	1	2	3	4			
소아마비(IPV, OPV)	1	2	3	4			
홍역, 유행성 이하선염, 풍진(MMR)	1	2					
홍역	1	2					
유행성 이하선염	1	2					
풍진	1	2					
수두	1	2	아동이 수두를 앓은 경우(월 및 연도): _____ 확인자(성명 및 직책): _____				
폐렴구균 단백질합	1	2	3	4			
A형 간염(HepA)(2005/01/01 이후 출생)	1	2					
인유두종 바이러스(HPV)	1	2	3				
수막구균 백신(ACWY)	1	2					
인플루엔자(권장)	1	2	3	4	5	6	7
로타바이러스(권장)	1	2	3				
COVID-19/코로나19(권장)	1	2	3	4	5	6	7
기타	1	2	3	4	5	6	7

해당 아동은 예방접종이 지연되었으며 일정에 맞게 접종할 계획입니다.
다음 예약일: _____

의학적 면제(해당되는 경우)
본인은 위의 아동이 다음에 대해 예방접종을 받는 데 타당한 의학적 금기 사항이 있음을 증명합니다.

디프테리아 파상풍 백일해 Hib HepB 소아마비(3가지 혈청형 모두) 홍역
 유행성 이하선염 풍진 수두 폐렴구균 HepA 수막구균(ACWY) HPV
 COVID-19/코로나바이러스

이 의학적 금기 사항은 영구적입니까, 일시적입니까? 영구적 일시적 기한: (날짜) _____

대체 면역 증명(해당되는 경우)
본인은 위의 아동이 다음에 대한 면역력 진단검사 증빙이 있음을 확인하고 역가 결과 사본을 첨부했습니다.

디프테리아 파상풍 백일해 Hib HepB 소아마비(3가지 혈청형 모두) 홍역
 유행성 이하선염 풍진 수두 폐렴구균 HepA HPV

파트 4: 유연허 보건진료원 증명 | 유연허 의료 제공자가 작성해야 합니다.

해당 아동은 이 양식에 명시된 항목에 따라 적절히 검사되고 건강 기록이 검토 및 기록되었습니다. 아니요 예
 검사 당시 **만족스러운 건강 상태인** 아동은 1페이지에 명시된 경우를 제외하고 모든 학교, 캠프 또는 보육 활동에 참여할 수 있습니다.

해당 아동은 **경기 스포츠** 활동 해당 없음 아니요 예 예, 다음으로부터 추가 승인 대기 중:
 허가를 받았습니다. _____

본인은 해당 아동을 검사했으며 여기에 기록된 정보는 검사 결과로 판정된 것임을 증명합니다.

공인 의료 제공자 진료실 직인 **의료 제공자 성명:** _____
의료 제공자 전화번호: _____
의료 제공자 서명: _____

날짜: _____

진료실 전용 | 학교 관계자 및 보건실 담당자가 접수한 범용 건강 증명서

학교 관계자 성명: _____

서명: _____ **날짜:** _____

보건실 담당자 성명: _____

서명: _____ **날짜:** _____