

Chứng Nhận Sức Khỏe Tổng Quát

Sử dụng mẫu đơn này để báo cáo sức khỏe thể chất của con quý vị cho trường học/cơ sở giữ trẻ của các em. Điều này được yêu cầu bởi Bộ luật Chính thức của DC §38-602. Yêu cầu một chuyên gia y tế được cấp phép hoàn thành phần 2 - 4. Truy cập các chương trình bảo hiểm y tế tại dchealthlink.com. Quý vị có thể liên lạc với Nhân Viên Bộ Phận Y Tế thông qua văn phòng chính tại trường học của con quý vị.

Phần 1: Thông Tin Cá Nhân của Trẻ Do phụ huynh/người giám hộ hoàn thành.					
Họ của Trẻ:		Tên của Trẻ:		Ngày Sinh:	
Tên của Trường Học hoặc Cơ Sở Giữ Trẻ:			Cấp Lớp của Học Sinh:	Giới Tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Phi Nhị Giới	
Địa Chỉ Nhà:		Căn Hộ:	Thành Phố:	Tiểu Bang:	Mã Zip:
Sắc tộc: (đánh dấu tất cả các lựa chọn phù hợp) <input type="checkbox"/> Người Gốc Tây Ban Nha/La-Tinh <input type="checkbox"/> Không Phải Người Gốc Tây Ban Nha/La-Tinh <input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời					
Chủng tộc: (đánh dấu tất cả các lựa chọn phù hợp) <input type="checkbox"/> Thổ Dân Mỹ/Thổ Dân Alaska <input type="checkbox"/> Người Châu Á <input type="checkbox"/> Thổ Dân Gốc Đảo Hawaii/Thái Bình Dương <input type="checkbox"/> Người Da Đen/Mỹ Gốc Phi <input type="checkbox"/> Người Da Trắng <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời					
Tên của Phụ Huynh/Người Giám Hộ:			Số Điện Thoại của Phụ Huynh/Người Giám Hộ:		
Tên Người Liên Hệ Khẩn Cấp:			Số Điện Thoại Liên Hệ Khẩn Cấp:		
Loại Bảo Hiểm: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Tư nhân <input type="checkbox"/> Không có			Tên/Số ID Bảo Hiểm:		
Trẻ có gặp nha sĩ/nhà cung cấp dịch vụ nha khoa trong năm qua không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không					
Tôi cho phép nhân viên/cơ sở khám sức khỏe ký tên ở đây chia sẻ thông tin sức khỏe trên mẫu này với trường học, cơ sở giữ trẻ, trại hè của con tôi, hoặc cơ quan Chính Phủ DC thích hợp. Ngoài ra, theo đây tôi xác nhận và đồng ý rằng Học Khu, trường học, các nhân viên và đại diện của trường sẽ được miễn trừ trách nhiệm dân sự đối với các hành vi hoặc sai sót theo Luật DC 17-107, ngoại trừ các hành vi phạm pháp hình sự, cố ý làm sai, vô ý nghiêm trọng hoặc sai sót có chủ đích. Tôi hiểu rằng tôi nên điền đầy đủ mẫu đơn này và nộp lại cho trường học của con tôi hàng năm.					
Chữ Ký Của Phụ Huynh/Người Giám Hộ: _____			Ngày: _____		
Phần 2: Tiền Sử Y Tế của Trẻ, Kiểm Tra và các Khuyến Nghị Do nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cấp phép hoàn thành.					
Ngày Kiểm Tra Sức Khỏe:	Huyết Áp: <input type="checkbox"/> BÌNH THƯỜNG (NML, Normal) <input type="checkbox"/> BẤT THƯỜNG (ABNL, Abnormal)	Cân nặng: <input type="checkbox"/> LBS <input type="checkbox"/> KG	Chiều cao: <input type="checkbox"/> IN <input type="checkbox"/> CM	CHỈ SỐ KHỐI CƠ THỂ (BMI, BODY MASS INDEX):	Bách Phân Vị BMI:
Khám Sàng Lộ Thị Lực Cấp Độ Chính Xác: Với trẻ từ 3-6 tuổi, chỉ yêu cầu ghi (Đạt/Không Đạt). Với trẻ từ 6 tuổi trở lên sẽ yêu cầu cấp độ kiểm tra thị lực chính xác cho phần này.					
Khám Sàng Lộ Thị Lực:	Mắt trái: 20/____ Mắt Phải: 20/____ L: <input type="checkbox"/> Đạt <input type="checkbox"/> Không Đạt R: <input type="checkbox"/> Đạt <input type="checkbox"/> Không Đạt	<input type="checkbox"/> Đã điều chỉnh <input type="checkbox"/> Chưa điều chỉnh	<input type="checkbox"/> Đã đeo kính <input type="checkbox"/> Chưa đeo kính	<input type="checkbox"/> Đã giới thiệu <input type="checkbox"/> Chưa giới thiệu	<input type="checkbox"/> Chưa kiểm tra
Sàng Lộ Thính Lực: (đánh dấu tất cả các lựa chọn phù hợp) <input type="checkbox"/> Đạt <input type="checkbox"/> Không Đạt <input type="checkbox"/> Chưa Kiểm Tra <input type="checkbox"/> Dùng Trợ Thính <input type="checkbox"/> Đã giới thiệu					

Chứng Nhận Sức Khỏe Tổng Quát

Trẻ có bất kỳ vấn đề sức khỏe nào sau đây không? (đánh dấu tất cả lựa chọn phù hợp và cung cấp chi tiết bên dưới)

- | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Hen suyễn | <input type="checkbox"/> Chậm lớn | <input type="checkbox"/> Bệnh hồng cầu lưỡi liềm |
| <input type="checkbox"/> Tự kỷ | <input type="checkbox"/> Suy tim | <input type="checkbox"/> Dị ứng thực phẩm/thuốc/môi trường nghiêm trọng có thể cần chăm sóc y tế khẩn cấp. <i>Thông tin chi tiết được cung cấp bên dưới.</i> |
| <input type="checkbox"/> Hành vi | <input type="checkbox"/> Suy thận | <input type="checkbox"/> Thuốc dài hạn, thuốc không kê đơn (OTC, over-the-counter-drugs) hoặc các yêu cầu chăm sóc đặc biệt. <i>Thông tin chi tiết được cung cấp bên dưới.</i> |
| <input type="checkbox"/> Ung thư | <input type="checkbox"/> Âm Ngữ | <input type="checkbox"/> Tiền sử y tế đáng chú ý, tình trạng, bệnh truyền nhiễm hoặc các hạn chế. <i>Thông tin chi tiết được cung cấp bên dưới.</i> |
| <input type="checkbox"/> Bại não | <input type="checkbox"/> Béo phì | <input type="checkbox"/> Khác: _____ |
| <input type="checkbox"/> Phát triển | <input type="checkbox"/> Vẹo cột sống | |
| <input type="checkbox"/> Tiểu đường | <input type="checkbox"/> Động kinh | |

Cung cấp chi tiết. Nếu trẻ có thuốc kê toa (Rx)/điều trị, vui lòng đính kèm mẫu đơn Kế Hoạch Thuốc/Điều Trị Y Tế hoàn chỉnh; và nếu trẻ được giới thiệu, xin ghi rõ.

Đánh giá Lao Phổi (TB, Tuberculosis) | Xét nghiệm Lao Phổi dương tính nên được chuyển đến Bác Sĩ Chăm Sóc Chính để đánh giá. Nếu quý vị có thắc mắc, hãy gọi cho Cơ Quan Kiểm Soát Lao Phổi của DC Health theo số 202-698-4040. Truy cập dchealth.dc.gov/page/tuberculosis-basics để có thêm thông tin về Lao Phổi.

Mức độ nguy cơ mắc bệnh TB của trẻ là bao nhiêu?	Ngày Kiểm Tra Da:	Ngày Xét Nghiệm Máu IGRA:
<input type="checkbox"/> Cao > hoàn thành kiểm tra da và/hoặc xét nghiệm máu IGRA <input type="checkbox"/> Thấp	Kết Quả Kiểm Tra Da: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Âm Tính <input type="checkbox"/> Dương tính, X quang Ngực (CXR, Chest X-Ray) Âm tính <input type="checkbox"/> Dương tính, CXR Dương tính <input type="checkbox"/> Dương tính, Đã được điều trị 	Kết Quả IGRA: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Âm Tính <input type="checkbox"/> Dương Tính <input type="checkbox"/> Dương tính, Đã được điều trị

Các lưu ý bổ sung về xét nghiệm TB:

Sàng Lọc Rủi Ro Phơi Nhiễm Chì | Tất cả các mức độ chì phải được báo cáo cho Cơ Quan Phòng Chống Ngộ Độc Chì ở Trẻ Nhỏ của DC. Hãy gọi số (202) 481-3837 hoặc fax theo số (202) 535-2607.

CHỈ DÀNH CHO TRẺ EM DƯỚI 6 TUỔI Mọi trẻ em phải có 2 lần kiểm tra chì trước 2 tuổi	Ngày Xét Nghiệm Lần 1:	Kết Quả Lần 1: <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường, Ngày Sàng Lọc Phát Triển:	Mức Độ Chì Trong Huyết Thanh/Ngón Tay Lần 1:
	Ngày Xét Nghiệm Lần 2:	Kết Quả Lần 2: <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường, Ngày Sàng Lọc Phát Triển:	Mức Độ Chì Trong Huyết Thanh/Ngón Tay Lần 2:
	Ngày Xét Nghiệm Lần 3:	Kết Quả Lần 3: <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường, Ngày Sàng Lọc Phát Triển:	Mức Độ Chì Trong Huyết Thanh/Ngón Tay Lần 3:

Chứng Nhận Sức Khỏe Tổng Quát

Phần 3: Thông Tin Chứng Ngừa | Do nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cấp phép hoàn thành.

Họ của Trẻ:	Tên của Trẻ:				Ngày Sinh:		
Chứng Ngừa	Hãy ghi ngày Chứng Ngừa (MM/DD/YY) vào các ô bên dưới						
Bạch Hầu, Uốn Ván, Ho Gà (DTP, DTaP)	1	2	3	4	5		
DT (<7 năm)/ Td (>7 năm)	1	2	3	4	5		
Mũi tăng cường Tdap	1						
DTaP-IPV	1	2					
DTap-IPV-Hib	1	2	3				
DTap-HepB-IPV	1	2	3				
DTap-IPV-Hib-HepB	1	2	3				
Viêm Màng Não Mủ Do Vi Khuẩn Nhóm b (Hib)	1	2	3	4			
Viêm Gan B (HepB)	1	2	3	4			
Bại Liệt (IPV, OPV)	1	2	3	4			
Sởi, Quai Bị, Rubella (MMR-Measles, Mumps, Rubella)	1	2					
Sởi	1	2					
Quai Bị	1	2					
Rubella	1	2					
Bệnh Đậu Mùa	1	2	Trẻ đã bị Thủy Đậu (tháng và năm): _____ Chứng nhận bởi (tên và chức vụ): _____				
Bệnh Phế Cầu Khuẩn	1	2	3	4			
Viêm Gan A (HepA) (Sinh vào hoặc sau ngày 01/01/2005)	1	2					
Papillomavirus Ở Người (HPV, Human Papillomavirus)	1	2	3				
Vắc-xin Viêm Màng Não Cầu Khuẩn (ACWY)	1	2					
Cúm (Được Khuyến Nghị)	1	2	3	4	5	6	7
Rotavirus (Được Khuyến Nghị)	1	2	3				
COVID-19 (Được Khuyến Nghị)	1	2	3	4	5	6	7
Khác	1	2	3	4	5	6	7

Đưa trẻ này đang **bị chậm trễ trong việc chủng ngừa** và chúng tôi đã có kế hoạch để giúp trẻ bắt kịp lịch chủng ngừa.
Cuộc hẹn tiếp theo là vào: _____

Chứng Nhận Sức Khỏe Tổng Quát

Miễn Chứng Ngừa vì Lý Do Y Tế (nếu có)

Tôi xác nhận rằng trẻ ở trên có (các) chống chỉ định về y tế hợp lệ đối với chủng ngừa tại thời điểm đó để phòng:

- Bạch Hầu Uốn Ván Ho Gà Hib HepB Bại Liệt (Cả 3 loại huyết thanh) Sởi
- Quai Bị Rubella Bệnh Đậu Mùa Bệnh Phế cầu Khuẩn HepA Viêm Màng Não Mô Cầu Khuẩn (ACWY) HPV
- COVID-19/Vi-rút Corona

Chống chỉ định về y tế này là vĩnh viễn hay tạm thời?

- Vĩnh viễn Tạm thời cho tới: (ngày) _____

Bảng Chứng Miễn Dịch Thay Thế (nếu có)

Tôi xác nhận rằng trẻ ở trên có bằng chứng xét nghiệm về khả năng miễn dịch với những bệnh sau đây và tôi đã gửi kèm một bản sao kết quả hiệu giá.

- Bạch Hầu Uốn Ván Ho Gà Hib HepB Bại Liệt (Cả 3 loại huyết thanh) Sởi
- Quai Bị Rubella Bệnh Đậu Mùa Bệnh Phế cầu Khuẩn HepA HPV

Phần 4: Chứng Nhận của Bác Sĩ Y Tế được Cấp Phép | Do nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cấp phép hoàn thành..

Đứa trẻ này đã được kiểm tra thích hợp, xem xét và ghi lại tiền sử y tế theo các mục được chỉ định trong mẫu Không Có đơn này. Tại thời điểm kiểm tra, đứa trẻ này có **đủ sức khỏe** để tham gia tất cả các hoạt động của trường, trại, hoặc giữ trẻ trừ những trường hợp đã nêu ở trang một.

Đứa trẻ này đủ điều kiện sức khỏe để tham gia **các môn thể thao cạnh tranh**. NA Không Có Có, đang chờ xác nhận bổ sung từ: _____

Bằng văn bản này, tôi xác nhận rằng tôi đã khám cho đứa trẻ này và thông tin được ghi lại ở đây được xác định là kết quả của việc xét nghiệm.

Tem Văn Phòng của Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Có Giấy Phép

Tên Nhà Cung Cấp:

Số Điện Thoại của Nhà Cung Cấp:

Chữ Ký của Nhà Cung Cấp:

Ngày:

CHỈ SỬ DỤNG CHO VĂN PHÒNG | Chứng Nhận Sức Khỏe Tổng Quát do Viên chức của Trường và Nhân Viên Bộ Phận Y tế nhận được.

Tên Viên chức của Trường:

Chữ Ký:

Ngày:

Tên Nhân Viên của Bộ Phận Y Tế:

Chữ Ký:

Ngày: