

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。请持证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: <https://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: | 性别: <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 非二元性别 | |
| 家庭地址: | 公寓号: | 城市: |
| | 州: | 邮编: |
| 族裔: (请选择所有适用项) | <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: (选择所有适用项) | <input type="checkbox"/> 美洲印第安人/阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亚裔 <input type="checkbox"/> 夏威夷土著/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 | 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"/> L <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: 左眼: 20/____ 右眼: 20/____ | <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 | |

此孩子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。 详情请见下文。 |
| <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。 详情请见下文。 |
| <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。 详情请见下文。 |
| <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; 如果孩子经转诊, 请注明。_____

肺结核评估 | 结核菌素皮肤试验 (TST) 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 T.B.Control, 电话为 (202) 698-4040。

| | | |
|---|---|----------------------------------|
| 此孩子患肺结核的风险等级为? | 皮肤检测日期: | Quantiferon 检测日期: |
| <input type="checkbox"/> 高 (完成皮肤检测和/或 Quantiferon 检测) | 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, 已治疗呈阳性 | |
| <input type="checkbox"/> 低 | Quantiferon 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) 654-6002 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： |

HGB/HCT 检测日期： _____ HGB/HCT 结果： _____

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) | | | | | | | |
|---|-------------------------|---|--|---|---|---|---|--|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 白喉、破伤风、百日咳 (DTP, DTaP) | | | | | | | | |
| 白喉和破伤风 (DT) (< 7 岁) / 破伤风和白喉 (TD) (> 7 岁) | | | | | | | | |
| 百白破 (Tdap) 疫苗加强剂 | | | | | | | | |
| 乙型流感嗜血杆菌 (Hib) | | | | | | | | |
| 乙型肝炎 (HepB) | | | | | | | | |
| 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)) | | | | | | | | |
| 麻疹、腮腺炎、风疹 (麻腮风三联疫苗 (MMR)) | | | | | | | | |
| 麻疹 | | | | | | | | |
| 腮腺炎 | | | | | | | | |
| 风疹 | | | | | | | | |
| 水痘 | | | 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 | | | | | | | | |
| 甲型肝炎 (HepA) (出生于 2005 年 1 月 1 日或之后) | | | | | | | | |
| 脑膜炎球菌疫苗 | | | | | | | | |
| 人乳头瘤病毒 (HPV) 疫苗 | | | | | | | | |
| 流感疫苗 (建议) | | | | | | | | |
| 轮状病毒疫苗 (建议) | | | | | | | | |
| 冠状病毒 (COVID/冠状病毒) | | | | | | | | |
| 其他 | | | | | | | | |

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：

白喉 破伤风 百日咳 乙型流感嗜血杆菌 乙型肝炎 脊髓灰质炎 麻疹
 腮腺炎 风疹 水痘 肺炎球菌 甲型肝炎 脑膜炎球菌 HPV
 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）

医疗豁免的原因：_____

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。

- 白喉
- 破伤风
- 百日咳
- 乙型流感嗜血杆菌
- 乙型肝炎
- 脊髓灰质炎
- 麻疹
- 腮腺炎
- 风疹
- 水痘
- 肺炎球菌
- 甲型肝炎
- 脑膜炎球菌
- 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 否 是学校、夏令营或托儿所的活动，除第一页注明的情况外。

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： |