

범용 건강 증명서

이 양식을 사용하여 자녀의 신체 건강 상태를 학교/보육 시설에 보고해 주십시오. 이는 DC 공식 법규(DC Official Code) §38-602에 의한 필수사항입니다. 파트 2-4는 유연허 의료 전문가가 작성하도록 합니다. <https://dchealthlink.com>에서 건강보험 프로그램을 이용하십시오. 자녀 학교의 교무실을 통해 보건실 담당자에게 문의할 수 있습니다.

파트 1: 아동 개인 정보 | 학부모/보호자 작성 예정

아동 성:	아동 이름:	생년월일:
학교명 또는 보육 시설 이름:	성별: <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 논바이너리	
집 주소:	아파트:	시:
주:	우편번호:	
민족성: (해당 항목 모두 표시) <input type="checkbox"/> 히스패닉/라틴계 <input type="checkbox"/> 비히스패닉/비라틴계 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> 응답하고 싶지 않음		
인종: (해당 항목 모두 표시) <input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언/알래스카 원주민 <input type="checkbox"/> 아시 아인 <input type="checkbox"/> 하와이 원주민/태평양 섬 주민 <input type="checkbox"/> 흑인/아프리카 계 미국인 <input type="checkbox"/> 백인 <input type="checkbox"/> 응답하고 싶지 않음		
학부모/보호자 이름:	학부모/보호자 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 | 유연허 의료제공자 작성 예정

건강검진일:	혈압: - <input type="checkbox"/> NML <input type="checkbox"/> ABNL	체중: <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> KG	키: <input type="checkbox"/> IN <input type="checkbox"/> CM	BMI:	BMI 백분위수:
시력 검사: 왼쪽 눈: 20/_____ 오른쪽 눈: 20/_____	<input type="checkbox"/> 교정 <input type="checkbox"/> 미교정	<input type="checkbox"/> 안경 착용	<input type="checkbox"/> 의뢰됨	<input type="checkbox"/> 검사 미실시	
청력 검사: (해당 항목 모두 체크)	<input type="checkbox"/> 통과 <input type="checkbox"/> 미통과	<input type="checkbox"/> 검사 미실시	<input type="checkbox"/> 기기 사용	<input type="checkbox"/> 의뢰됨	

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

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 검사 | 양성 결핵 피부반응 검사(TST)의 경우 평가를 위해 1차 진료의에게 의뢰해야 합니다. 문의 사항은 결핵통제부(T.B. Control)에 202-698-4040번으로 연락해 주십시오.

자녀의 결핵 위험도는 어느 정도입니까?	피부 테스트 날짜:	퀀티페론(Quantiferon) 테스트 날짜:
<input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 피부 테스트 및/또는 퀀티페론 테스트 완료	피부 테스트 결과: <input type="checkbox"/> 음성 <input type="checkbox"/> 양성, CXR 음성 <input type="checkbox"/> 양성, CXR 양성 <input type="checkbox"/> 양성, 치료됨	퀀티페론 결과: <input type="checkbox"/> 음성 <input type="checkbox"/> 양성 <input type="checkbox"/> 양성, 치료됨
<input type="checkbox"/> 낮음		

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

6세 미만 아동 전용 <i>모든 아동은 2세가 될 때까지 2회의 납 검사를 받아야 함</i>	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:

HGB/HCT 검사일:	HGB/HCT 결과:
--------------	-------------

파트 3: 예방접종 정보 | 유연허 의료제공자 작성 예정

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						
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): 증명 기관: _____ (이름 및 직함)				
폐렴구균 단백결합	1	2	3	4			
A형 간염(HepA)(2005년 1월 1일 또는 이후 출생)	1	2					
뇌수막염 백신	1	2					
인유두종 바이러스(HPV)	1	2	3				
인플루엔자(권장)	1	2	3	4	5	6	7
로타바이러스(권장)	1	2	3				
코로나바이러스(COVID)	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.

- | | | | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 디프테리아 | <input type="checkbox"/> 파상풍 | <input type="checkbox"/> 백일해 | <input type="checkbox"/> Hib | <input type="checkbox"/> HepB | <input type="checkbox"/> 소아마비 | <input type="checkbox"/> 홍역 |
| <input type="checkbox"/> 유행성 이하선염 | <input type="checkbox"/> 풍진 | <input type="checkbox"/> 수두 | <input type="checkbox"/> 폐렴구균 | <input type="checkbox"/> HepA | <input type="checkbox"/> 수막구균 | <input type="checkbox"/> HPV |
| <input type="checkbox"/> COVID-19/코로나바이러스 | | | | | | |

이 의학적 금기 사항은 영구적인지, 일시적인지? 영구적 일시적 기한: _____ (날짜)

의학적 면제 사유: _____

대체 면역 증명(해당되는 경우)

본인은 위의 아동이 다음에 대한 면역력 진단검사 증빙이 있음을 확인하고 역가 결과 사본을 첨부했습니다.

- | | | | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 디프테리아 | <input type="checkbox"/> 파상풍 | <input type="checkbox"/> 백일해 | <input type="checkbox"/> Hib | <input type="checkbox"/> HepB | <input type="checkbox"/> 소아마비 | <input type="checkbox"/> 홍역 |
| <input type="checkbox"/> 유행성 이하선염 | <input type="checkbox"/> 풍진 | <input type="checkbox"/> 수두 | <input type="checkbox"/> 폐렴구균 | <input type="checkbox"/> HepA | <input type="checkbox"/> 수막구균 | <input type="checkbox"/> HPV |

파트 4: 유연허 보건진료원 증명 | 유연허 의료제공자 작성 예정

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

해당 아동은 경기 스포츠 활동 허가를 받았습니다. N/A 아니요 예 예, 다음으로부터 추가 승인 대기 중: _____

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

공인 의료제공자 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: