

# 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<br><i>모든 아동은 2세가 될 때까지 2회의 납 검사를 받아야 함</i> | 1차 검사일: | 1차 결과: <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 비정상<br>발달 검사 날짜: | 1차 혈청/핑거스틱 납 검사: |
|  | 2차 검사일: | 2차 결과: <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 비정상<br>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: |  |   |   |   |   |
| <b>예방접종</b>                       | <b>아래의 상자에 예방접종일(MM/DD/YY) 기입</b> |       |  |   |   |   |   |
| 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):<br>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 영구적입니까, 일시적입니까?  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: