

# DC HEALTH Chứng Nhận Sức Khỏe Chung

Dùng mẫu này để báo cáo tình hình sức khỏe thể chất của con bạn cho nhà trường/cơ sở chăm sóc sức khỏe trẻ em. Đây là quy định có tại §38-602 thuộc Quy Chế Chính Thức của DC. Yêu cầu bác sỹ y tế đã được cấp phép hoàn thiện phần 2 - 4. Xem chương trình bảo hiểm y tế tại <https://dchealthlink.com>. Bạn có thể liên hệ với Chuyên Viên Phòng Y Tế thông qua văn phòng tại trường học của con bạn.

## Phần 1: Thông Tin Cá Nhân của Trẻ | Do phụ huynh/người giám hộ hoàn thiện.

Tên Họ của Trẻ:		Tên Gọi của Trẻ:		Ngày Sinh:	
Tên Trường hoặc Cơ Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Trẻ Em:			Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Lưỡng tính		
Địa Chỉ Nhà:		Căn Hộ:	Thành Phố:	Bang:	ZIP:
Dân Tộc: (Tích vào Mục phù hợp) <input type="checkbox"/> Người Tây Ban Nha/Bồ Đào Nha/La-tinh <input type="checkbox"/> Không Phải Người Tây Ban Nha/Bồ Đào Nha/La-tinh <input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời					
Chủng Tộc: (Tích vào tất cả các mục phù hợp) <input type="checkbox"/> Người Mỹ Ấn/Alaska Bản Địa <input type="checkbox"/> Người Châu Á <input type="checkbox"/> Người Hawaii/ Người Mỹ Đảo Thái Bình Dương <input type="checkbox"/> Người Da Đen/Châu 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 Người Liên Hệ Khẩn Cấp:		
Loại Bảo Hiểm: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Tư Nhân <input type="checkbox"/> Không			Tên/Số ID Bảo Hiểm:		
Trẻ có nha sỹ/bác sỹ nha khoa trong năm vừa rồi không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không					

Tôi đồng ý để cơ sở/bác sỹ khám sức khỏe ký tên dưới đây được chia sẻ thông tin y tế có trong mẫu này với nhà trường, đơn vị chăm sóc sức khỏe trẻ em, doanh trại của con tôi hoặc với cơ quan chính phủ của DC. Ngoài ra, tôi theo đây xác nhận và đồng ý rằng Quận, các trường trực thuộc, nhân sự, đại lý không phải chịu trách nhiệm dân sự cho các trường hợp bỏ sót theo Luật DC 17-107 trừ trường hợp liên quan đến hình sự, cố ý sai phạm hoặc tái phạm. Tôi hiểu rằng, mẫu văn bản này hàng năm phải được hoàn thiện và gửi lại cho nhà trường của con tôi.

Chữ Ký của Phụ Huynh/Người Giám Hộ: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

## Part 2: Child's Health History, Exam, and Recommendations | To be completed by licensed health care provider.

Date of Health Exam:	BP: <input type="checkbox"/> NML <input type="checkbox"/> ABNL	Weight: <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> KG	Height: <input type="checkbox"/> IN <input type="checkbox"/> CM	BMI:	BMI Percentile:
Vision Screening: Left eye: 20/____ Right eye: 20/____ <input type="checkbox"/> Corrected <input type="checkbox"/> Uncorrected	<input type="checkbox"/> Wears glasses		<input type="checkbox"/> Referred	<input type="checkbox"/> Not tested	
Hearing Screening: (check all that apply)	<input type="checkbox"/> Pass	<input type="checkbox"/> Fail	<input type="checkbox"/> Not tested	<input type="checkbox"/> Uses Device	<input type="checkbox"/> Referred

Does the child have any of the following health concerns? (check all that apply and provide details below)

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asthma         | <input type="checkbox"/> Failure to thrive | <input type="checkbox"/> Sickle cell  |
| <input type="checkbox"/> Autism         | <input type="checkbox"/> Heart failure     | <input type="checkbox"/> Significant food/medication/environmental allergies that may require emergency medical care. Details provided below. |
| <input type="checkbox"/> Behavioral     | <input type="checkbox"/> Kidney failure    | <input type="checkbox"/> Long-term medications, over-the-counter-drugs (OTC) or special care requirements. Details provided below.            |
| <input type="checkbox"/> Cancer         | <input type="checkbox"/> Language/Speech   | <input type="checkbox"/> Significant health history, condition, communicable illness, or restrictions. Details provided below.                |
| <input type="checkbox"/> Cerebral palsy | <input type="checkbox"/> Obesity           |   |
| <input type="checkbox"/> Developmental  | <input type="checkbox"/> Scoliosis         |   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes       | <input type="checkbox"/> Seizures          | <input type="checkbox"/> Other: _____   |

Provide details. If the child has Rx/treatment, please attach a complete Medication/Medical Treatment Plan form; and if the child was referred, please note. \_\_\_\_\_

**TB Assessment** | Positive TST should be referred to Primary Care Physician for evaluation. For questions call T.B. Control at 202-698-4040.

What is the child's risk level for TB? <input type="checkbox"/> High → complete skin test and/or Quantiferon test <input type="checkbox"/> Low	Skin Test Date:	Quantiferon Test Date:		
	Skin Test Results: <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive, CXR Negative <input type="checkbox"/> Positive, CXR Positive <input type="checkbox"/> Positive, Treated	Quantiferon Results: <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Positive, Treated		

Additional notes on TB test:

**Lead Exposure Risk Screening** | All lead levels must be reported to DC Childhood Lead Poisoning Prevention. Call 202-654-6002 or fax 202-535-2607.

<b>ONLY FOR CHILDREN UNDER AGE 6 YEARS</b> <i>Every child must have 2 lead tests by age 2</i>	<b>1<sup>st</sup> Test Date:</b>	<b>1<sup>st</sup> Result:</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal, <b>Developmental Screening Date:</b>	<b>1<sup>st</sup> Serum/Finger Stick Lead Level:</b>
	<b>2<sup>nd</sup> Test Date:</b>	<b>2<sup>nd</sup> Result:</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal, <b>Developmental Screening Date:</b>	<b>2<sup>nd</sup> Serum/Finger Stick Lead Level:</b>
<b>HGB/HCT Test Date:</b>		<b>HGB/HCT Result:</b>	

**Part 3: Immunization Information** | To be completed by licensed health care provider.

<b>Child Last Name:</b>	<b>Child First Name:</b>	<b>Date of Birth:</b>
-------------------------	--------------------------	-----------------------

Immunizations	In the boxes below, provide the dates of immunization (MM/DD/YY)						
Diphtheria, Tetanus, Pertussis (DTP, DTaP)	1	2	3	4	5		
DT (<7 yrs.)/ Td (>7 yrs.)	1	2	3	4	5		
Tdap Booster	1						
Haemophilus influenza Type b (Hib)	1	2	3	4			
Hepatitis B (HepB)	1	2	3	4			
Polio (IPV, OPV)	1	2	3	4			
Measles, Mumps, Rubella (MMR)	1	2					
Measles	1	2					
Mumps	1	2					
Rubella	1	2					
Varicella	1	2	Child had Chicken Pox (month & year): Verified by: _____ (name & title)				
Pneumococcal Conjugate	1	2	3	4			
Hepatitis A (HepA) (Born on or after 01/01/2005)	1	2					
Meningococcal Vaccine	1	2					
Human Papillomavirus (HPV)	1	2	3				
Influenza (Recommended)	1	2	3	4	5	6	7
Rotavirus (Recommended)	1	2	3				
Other	1	2	3	4	5	6	7

The child is **behind on immunizations** and there is a plan in place to get him/her back on schedule. **Next appointment is:** \_\_\_\_\_

**Medical Exemption (if applicable)**

I certify that the above child has a valid medical contraindication(s) to being immunized at the time against:

Diphtheria     Tetanus     Pertussis     Hib     HepB     Polio     Measles  
 Mumps     Rubella     Varicella     Pneumococcal     HepA     Meningococcal     HPV

Is this medical contraindication permanent or temporary?     Permanent     Temporary until: \_\_\_\_\_ (date)

**Alternative Proof of Immunity (if applicable)**

I certify that the above child has laboratory evidence of immunity to the following and I've attached a copy of the titer results.

Diphtheria     Tetanus     Pertussis     Hib     HepB     Polio     Measles  
 Mumps     Rubella     Varicella     Pneumococcal     HepA     Meningococcal     HPV

**Part 4: Licensed Health Practitioner's Certifications** | To be completed by licensed health care provider.

This child has been appropriately examined and health history reviewed and recorded in accordance with the items specified on this form. At the time of the exam, this child is **in satisfactory health** to participate in all school, camp, or child care activities except as noted on page one.     No     Yes

This child is cleared for **competitive sports**.     N/A     No     Yes     Yes, pending additional clearance from: \_\_\_\_\_

I hereby certify that I examined this child and the information recorded here was determined as a result of the examination.

<b>Licensed Health Care Provider Office Stamp</b>	<b>Provider Name:</b>
	<b>Provider Phone:</b>
	<b>Provider Signature:</b> _____ <b>Date:</b> _____

**OFFICE USE ONLY** | Universal Health Certificate received by School Official and Health Suite Personnel.

<b>School Official Name:</b>	<b>Signature:</b>	<b>Date:</b>
<b>Health Suite Personnel Name:</b>	<b>Signature:</b>	<b>Date:</b>