

Chứng Nhận Sức Khỏe  
Tổng Quát

Sử dụng mẫu đơn này để báo cáo sức khỏe thể chất của con quý vị chọn 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 <https://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:		Giới Tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Phi Giới Tính				
Địa Chỉ Nhà:	Căn Hộ:	Thành Phố:	Tiểu Bang:	Mã ZIP:		
Dân tộc: (đánh dấu tất cả các lựa chọn phù hợp)	<input type="checkbox"/> Gốc Văn Hóa Tây Ban Nha/La Tinh	<input type="checkbox"/> Không Phải Gốc Văn Hóa Tây Ban Nha/ La Tinh	<input type="checkbox"/> Khác	<input type="checkbox"/> Tôi 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 Hawaii/ Gốc Đảo Thái Bình Dương	<input type="checkbox"/> Người Da Đen/ Mỹ Gốc Phi	<input type="checkbox"/> Người Da Trắng	<input type="checkbox"/> Tôi 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 (BP, Blood Pressure): <input type="checkbox"/> BÌNH THƯỜNG (NML, Normal) <input type="checkbox"/> BẤT THƯỜNG (ABNL, Abnormal)	Cân nặng: <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> KG	Chiều cao: <input type="checkbox"/> IN (Inch) <input type="checkbox"/> CM	Chỉ số Khối Cơ thể (BMI, Body Mass Index):	BMI Phần trăm thứ:
Khám Sàng Lọc Thị Lực: Mắt trái: 20/_____ Mắt phải: 20/_____	<input type="checkbox"/> Đã điều chỉnh <input type="checkbox"/> Chưa điều chỉnh	<input type="checkbox"/> Đeo kính <input type="checkbox"/> Chưa kiểm tra	<input type="checkbox"/> Đã giới thiệu <input type="checkbox"/> Chưa kiểm tra	<input type="checkbox"/> Chưa kiểm tra	<input type="checkbox"/> Chưa kiểm tra
Khám Sàng lọc thính giác: (đánh dấu tất cả các lựa chọn phù hợp)	<input type="checkbox"/> Đạt <input type="checkbox"/> Khô ng đạt	<input type="checkbox"/> Chưa kiểm tra	<input type="checkbox"/> Sử Dụng Thiết Bị	<input type="checkbox"/> Đã giới thiệu	<input type="checkbox"/> Chưa kiểm tra

## Trẻ có bất kỳ mối quan ngại nào về sức khỏe sau đây không?(đánh dấu vào tất cả các 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"/> Tụt ký     | <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. Thông tin chi tiết được cung cấp bên dưới.                   |
| <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. Thông tin chi tiết được cung cấp bên dưới. |
| <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. Thông tin chi tiết được cung cấp bên dưới.                            |
| <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 da Tuberculin (TST, Tuberculin Skin Test) dương tính nên được chuyển đến Bác Sĩ Chăm Sóc Chính để đánh giá. Nếu quý vị có câu hỏi vui lòng gọi Kiểm soát T.B. theo số 202-698-4040.

<b>Mức độ nguy cơ mắc bệnh TB của trẻ là bao nhiêu?</b> <input type="checkbox"/> Cao <input type="checkbox"/> hoàn thành kiểm tra xét nghiệm da và/hoặc xét nghiệm Quantiferon <input type="checkbox"/> Thấp	<b>Ngày Kiểm Tra Da:</b>	<b>Ngày Xét Nghiệm Quantiferon:</b>		
	<b>Kết Quả Kiểm Tra Da:</b> <input type="checkbox"/> Âm Tính <input type="checkbox"/> Dương tính, X quang Ngực (CXR, Chest X-Ray) <input type="checkbox"/> Âm tính	<input type="checkbox"/> Dương tính, CXR <input type="checkbox"/> Dương tính	<input type="checkbox"/> Dương tính, Đã được điều trị	
	<b>Kết Quả Quantiferon:</b> <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. Gọi số 202-654-6002 hoặc fax theo số 202-535-2607.

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

**Ngày Xét Nghiệm Huyết sắc tố (HGB, Hemoglobin)/Dung tích hồng cầu (HCT, Hematocrite):** **Kết quả HGB/HCT:**

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

<b>Họ của Trẻ:</b>	<b>Tên của Trẻ:</b>				<b>Ngày Sinh:</b>		
<b>Các Mũi Chứng Ngừa</b>	<b>Hãy ghi ngày Chứng Ngừa (MM/DD/YY) vào các ô bên dưới</b>						
Bạch Hầu, Uốn Ván, Ho Gà (DTP, DTaP-Diphtheria, Tetanus, Pertussis)	1	2	3	4	5		
DT (<7 năm)/ Td (>7 năm)	1	2	3	4	5		
Mũi tăng cường Tdap	1						
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): Được Xác 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					
Vắc-xin Viêm Màng Não Cầu Khuẩn	1	2					
Papillomavirus Ở Người (HPV, Human Papillomavirus)	1	2	3				
Cúm (Được Khuyến Nghị)	1	2	3	4	5	6	7
Rotavirus (Được Khuyến Nghị)	1	2	3				
Vi-rút Corona 2019 (COVID-19)	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:**

**Miễn Chủng 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     Sởi  
 Quai Bị     Rubella     Bệnh Đậu Mùa     Bệnh Phế cầu Khuẩn     HepA     Meningococcal     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)

**Lý do chống chỉ định về y tế:** \_\_\_\_\_

**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     Sởi  
 Quai Bị     Rubella     Bệnh Đậu Mùa     Bệnh Phế cầu Khuẩn     HepA     Meningococcal     HPV

**Phần 4: Giấy 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 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.     Không     Có

Đứa trẻ này đủ điều kiện sức khỏe để tham gia các môn thể thao cạnh tranh.     N/A     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.

<b>Tên Viên chức của Trường:</b>	<b>Chữ Ký:</b>	<b>Ngày:</b>
<b>Tên Nhân Viên của Bộ Phận Y Tế:</b>	<b>Chữ Ký:</b>	<b>Ngày:</b>