华府通用健康证明书

第一部分: 孩子个人信息 **家长/监护人: *请清楚填写第一部分并填写和签署下面的第五部分***

孩子的姓:	*孩子的名和中间名:*	*生日:*	*性别:* ☐男 ☐女	种族/族裔: ☐白人非西班牙裔 ☐黑人非西班牙裔 ☐西班牙裔 ☐亚洲或 太平洋岛民 ☐其他 _____
家长或监护人姓名:	*电话* ☐家 ☐手机 ☐工作	*家庭住址:*		*区:*
紧急联系人:	*紧急联系电话:* ☐家 ☐手机 ☐工作	*城市/州 (如果非华府地区)*		*邮编:*
学校或托儿所:	☐医疗补助 ☐私人保险 ☐无 ☐其它 _____		*家庭医生 (PCP):*	

第二部分: 孩子病史、检查和建议 **医务工作者: 表格必须填写完整。 (Health Provider: Form must be fully completed.)**

健康检查日期:	体重 ☐千磅 ☐千克	身高 ☐英寸 ☐厘米	血压: (>3 岁) ☐正常 ☐异常	身高体重指数 (>2 岁) (BMI) %
血红蛋白/血球密度 (启蒙教育要求) HGB/HCT	视力检查: 右眼 20/____ 左眼 20/____ ☐眼镜 ☐转诊		听力检查 通过 _____ 未通过 _____ ☐转诊	

健康顾虑:			已转诊或已治疗	健康顾虑:			已转诊或已治疗
哮喘	☐无	☐有	☐转诊 ☐在治疗	语言/交谈	☐无	☐有	☐转诊 ☐在治疗
癫痫	☐无	☐有	☐转诊 ☐在治疗	发育/行为	☐无	☐有	☐转诊 ☐在治疗
糖尿病	☐无	☐有	☐转诊 ☐在治疗	其他 _____	☐无	☐有	☐转诊 ☐在治疗

年度牙医检查: (3 岁或以上): 孩子在去年内看过牙医/牙科提供者吗? ☐有 ☐无 ☐转诊

A.重要的病史、情况、可传染的病, 或可能会影响参与学校、托儿所、运动、或营会的限制。

☐无 ☐有 请提供详情:

_____

_____

B.在学校、托儿所、营会、或体育活动中重要的食物/药物/环境过敏需要的紧急医疗。

☐无 ☐有 请提供详情: _____

_____

C.使用长期药物、柜台药物或特殊医疗需要

☐无 ☐有 请提供详情: (任何在学校期间需要的药物或治疗, 医生的药物授权指令必须和本表格一起上交)

_____

_____

_____

第三部分: 肺结核以及铅暴露的风险评估与测试:

肺结核风险评估	☐高☐低	结核菌素皮肤试验日期:	☐阴性 ☐阳性	如结核菌素皮肤测验为阳性 ☐ ☐胸部 X 光为阴 ☐胸部 X 光为阳 ☐已治疗	**医务工作者**: 如结核菌皮肤测验为阳性, 应转诊断到家庭医生进行评估。有问题, 请联络T.B. Control, 电话: 202-698-4040
铅暴露风险	☐是☐否	铅测试日期:	结果:	医务工作者: 所有铅水平必须报告给华府儿童铅毒预防计划(DC Childhood Lead Poisoning Prevention Program)传真: 202-481-3770	

第四部分: 要求医务工作者的证书和签名

☐是 ☐否 这个孩子已经得到了合适的检查; 其健康病史也已被查阅。截止检查之日, 除上述以外, 这个孩子的健康满足参加所有学校、营会或托儿所活动的要求。

☐是 ☐否 这个运动员可以参加竞技性的体育。

☐是 ☐否 本年度内已完成要求的、符合年纪的健康检查。如没有, 请解释:

_____

_____

正楷书写姓名	医生/护士签字:	日 期
地址	电话	传 真

第五部分: 要求家长/监护人签名。 (发布健康信息)

我允许签署的医生/机构将此表上的健康信息分享给我孩子的学校, 托儿所, 营会, 或适当的华府政府机构。

正楷书写姓名 **签名** **日期**

华府通用健康证明书

学生姓名: _____ / _____ / _____ 生日: ____/____/____

姓 名 中间名 月/ 日 / 年

性别: 男 女 学校或托儿机构 _____

第一章：免疫：请填写或附上含有医务工作者签名和日期的复印件

免疫疫苗	接受疫苗的完成日期记录（月，日，年）						
白喉、破伤风、百日咳 (DTP,DTaP)	1	2	3	4	5		
白喉 (<7 岁) /破伤风-白喉二合一(>7 岁)	1	2	3	4	5		
破伤风-白喉-百日咳三合一加强剂量	1						
B 型流感嗜血杆菌	1	2	3	4			
乙 (B) 型肝炎(HepB)	1	2	3	4			
脊髓灰质炎(IPV, OPV)	1	2	3	4			
麻疹、流行性腮腺炎和风疹(MMR)	1	2					
麻疹（Measles）	1	2					
流行性腮腺炎(Mumps)	1	2					
风疹(Rubella)	1	2					
水痘（Varicella）	1	2	水痘史： 是 何时: 月 年 证实: (医疗提供者) 姓名和职位				
肺炎球菌疫苗(Pneumococcal)	1	2	3	4			
甲 (A) 型肝炎(HepB)(2005 年 1 月 1 日当天或之后出生）	1	2					
脑膜炎疫苗（Meningococcal）	1						
人类乳突状病毒疫苗(HPV)	1	2	3				
流感（推荐）	1	2	3	4	5	6	7
轮状病毒（推荐）	1	2	3				
其他							

医务人员签名 正体书写名字或盖章 日期

第二章：药物豁免。仅供医务工作者填写

我保证上述学生在被注射疫苗时存在有效的医疗禁忌（选择所有适用的）

白喉: (__) 破伤风: (__) 百日咳: (__)乙型流感: (__) 乙型肝炎: (__) 骨髓灰质炎: (__) 麻疹: (__) 腮腺炎: (__) 风疹: (__) 水痘: (__) 肺炎球菌: (__) 甲型肝炎: (__)

脑膜炎: (__) 人类乳突状病毒: (__)

原因:

这是永久性的(_____) 或 暂时性的 (_____) 直到 ____/____/____.

医务工作者签名 正体书写名字或盖章 日期

第三章：替代免疫证明。仅供医务工作者填写

我保证上述学生有实验室证据的免疫力（选择所有适用的并附上有效结果复印件）

白喉: (__) 破伤风: (__) 百日咳: (__)乙型流感: (__) 乙型肝炎: (__) 骨髓灰质炎: (__) 麻疹: (__) 腮腺炎: (__) 风疹: (__) 水痘: (__) 肺炎球菌:(__)

甲型肝炎: (__)脑膜炎: (__) 人类乳突状病毒: (__)

医务工作者签名 正体书写名字或盖章 日期