



华府通用健康证明书

第 1 部分：孩子个人信息

家长/监护人：请清楚完整地填写第 1 部分并签署下面的第 5 部分。

孩子的姓：	孩子的名和中间名：	出生日期：	性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	种族/民族： <input type="checkbox"/> 白人非西班牙裔 <input type="checkbox"/> 黑人非西班牙裔 <input type="checkbox"/> 西班牙裔 <input type="checkbox"/> 亚裔或太平洋岛民 <input type="checkbox"/> 其他 _____
家长或监护人姓名：	电话： <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 工作。	家庭地址：		区：
紧急联系人：	紧急联系人电话： <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 工作	城市/州 (如非华府)	邮编：	
学校或托儿所：	<input type="checkbox"/> 医疗补助 <input type="checkbox"/> 私人保险 <input type="checkbox"/> 无 姓名/保险号 _____		家庭医生 (PCP):	

第 2 部分：孩子的病史、检查和建议

医护人员：表格必须填写完整。

检查日期：	体重 <input type="checkbox"/> 磅 <input type="checkbox"/> 公斤	身高 <input type="checkbox"/> 英寸 <input type="checkbox"/> 厘米	血压： (≥3岁) <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常	身高体重指数 (BMI) (≥2岁) % _____
血红蛋白 (HGB) / 血球密度 (HCT) <small>(对于 6 岁以下的孩子是必须的)</small>	视力检查 右眼 20/____ 左眼 20/____	<input type="checkbox"/> 眼镜 <input type="checkbox"/> 已转诊 <input type="checkbox"/> 已尝试	听力检查 通过 _____ 没通过 _____	<input type="checkbox"/> 仪器 <input type="checkbox"/> 已转诊 <input type="checkbox"/> 已尝试
健康担忧：	已转诊或治疗		健康担忧：	
哮喘	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 已转诊 <input type="checkbox"/> 在用药物/治疗	语言/说话	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 已转诊 <input type="checkbox"/> 在用药物/治疗
癫痫	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 已转诊 <input type="checkbox"/> 在用药物/治疗	发育/行为	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 已转诊 <input type="checkbox"/> 在用药物/治疗
糖尿病	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 已转诊 <input type="checkbox"/> 在用药物/治疗	其他 _____	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 已转诊 <input type="checkbox"/> 在用药物/治疗
年度牙医检查：孩子去年看过牙医/牙科吗？ <input type="checkbox"/> 看过 <input type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 已转诊 <input type="checkbox"/> 氟化钠涂膜 日期：_____				

A. 重要的病史、疾病、传染性疾病或可能会影响学生参与学校、托儿所、运动、或营会的限制。

无 有，请提供详情：

B. 学生在学校、托儿所、营会、或体育活动中因重要的食物/药物/环境过敏而需要的紧急医疗

无 有，请提供详情：

C. 使用长期药物、柜台药物 (OTC) 或有特殊的医疗需要。 无 有，请提供详情。(如果学生在上学期间需要服用药物或接受治疗，请务必将持有执照的医护人员开出的药物计划或药物授权指示和这份表格一起上交)

第 3 部分：肺结核和铅接触的风险评估与测试：

肺结核风险评估	<input type="checkbox"/> 高 → <input type="checkbox"/> 低	结核菌素皮肤测试 (TST) 日期：	<input type="checkbox"/> 阴性 <input type="checkbox"/> 阳性	如果结核菌素皮肤测试为阳性 <input type="checkbox"/> 胸部 X 光为阴性 <input type="checkbox"/> 胸部 X 光为阳性 <input type="checkbox"/> 治愈	医护人员：如果结核菌素皮肤测试为阳性，应转送给家庭医生进行评估。如有问题，请联络肺结核控制计划：202-698-4040
铅接触风险	铅测试日期：	结果：	医护人员：所有铅含量的结果必须报告给华府儿童铅中毒预防项目 (DC Childhood Lead Poisoning Prevention Program)：传真：202-535-2607		

第 4 部分：要求持有执照的医护人员认证和签名

是 否 医护人员对这名孩做了适当的检查，查阅了他/她的病史并按照这份表格列出的项目记录了检查结果。截止检查之日，除上述情况以外，这名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 这名运动员可以参加竞技性的体育运动。

是 否 本学年已完成必需的同龄的健康检查。如没有，请解释：

正楷书写姓名	医生/高级注册护士 (APRN) / 护士签字	日期
地址	电话	传真

第 5 部分：要求家长/监护人签名。(公布健康信息/民事责任弃权声明书)

我允许在此签名的健康检查人员/机构将此表中或孩子的信息与我孩子的学校、托儿机构、营会或适当的华府政府机构分享。此外，我在此确认并同意免除我根据华府法律 17-107 对华府、华府公立学校、学校教职工和代理的行为或疏忽追究民事责任。这类行为或疏忽不包括犯罪行为、故意不当行为、重大过失或故意不当行为。

正楷书写姓名

签名

日期

华府通用健康证明书

学生的姓氏: _____

学生的名: _____

出生日期: _____

第 1 节: 免疫接种: 请填写或附上含有持有执照的医护人员的签名和日期的复印件

免疫疫苗	接种疫苗的日期记录 (月、日、年)						
	1	2	3	4	5	6	7
白喉、破伤风、百日咳 (DTP,DTaP)							
白喉 (<7 岁) /破伤风-白喉二合一 (>7 岁)							
破伤风-白喉-百日咳三合一加强剂							
乙型流感嗜血杆菌 (Hib)							
乙肝 (HepB)							
脊髓灰质炎 (灭活脊髓灰质炎疫苗、口服脊髓灰质炎疫苗)							
麻疹、流行性腮腺炎和风疹 (MMR)							
麻疹							
流行性腮腺炎							
风疹							
水痘							
有水痘 (Chicken Pox) 病史: 是 <input type="checkbox"/> 日期: 月 _____ 年 _____ 证明人: _____ (医护人员) 姓名和职称							
肺炎球菌疫苗							
甲肝 (HepA) (2005 年 1 月 1 日当天或之后出生)							
脑膜炎疫苗							
人类乳突状病毒疫苗 (HPV)							
流感 (推荐)							
轮状病毒 (推荐)							
其它							

持有执照的医务人员签名 _____ 正楷书写姓名或盖章 _____ 日期 _____

第 2 节: 药物豁免。仅供医护人员填写。(MEDICAL EXEMPTION. For Licensed Health Practitioner Use Only.)

I certify that the above student has a valid medical contraindication to being immunized at the time against: (check all that apply)
 我保证上述学生在接受疫苗时存在有效的医疗禁忌: (选择所有适用的选项)

Diphtheria 白喉: () Tetanus 破伤风: () Pertussis 百日咳: () Hib 乙型流感嗜血杆菌: () HepB 乙肝: () Polio 脊髓灰质炎: () Measles 麻疹: ()
 Mumps 腮腺炎: () Rubella 风疹: () Varicella 水痘: () Pneumococcal 肺炎球菌: () HepA 甲肝: () Meningococcal 脑膜炎: () HPV 人类乳突状病毒: ()

Reason 原因: _____

This is a permanent condition 这是永久性的 () or temporary condition 或暂时的医疗状况 () until 直到 _____

Signature of Licensed Health Practitioner _____ Print Name or Stamp (正楷书写姓名或盖章) _____ Date (日期) _____
 (持有执照的医护人员签名)

第 3 节: 替代免疫证明。仅供持有执照的医护人员填写。(Alternative Proof of Immunity. To be completed by Licensed Health Practitioner or Health Official.)

I certify that the student named above has laboratory evidence of immunity: (Check all that apply & attach a copy of titer results)
 我保证上述学生有实验证明的免疫力: (选择所有适用的选项并附上血浓度检测结果的复印件)

Diphtheria 白喉: () Tetanus 破伤风: () Pertussis 百日咳: () Hib 乙型流感嗜血杆菌: () HepB 乙肝: () Polio 脊髓灰质炎: () Measles 麻疹: ()
 Mumps 腮腺炎: () Rubella 风疹: () Varicella 水痘: () Pneumococcal 肺炎球菌: () HepA 甲肝: () Meningococcal 脑膜炎: () HPV 人类乳突状病毒: ()

Signature of Licensed Health Practitioner _____ Print Name or Stamp (正楷书写姓名或盖章) _____ Date (日期) _____
 (持有执照的医护人员签名)