

2014年4月1日

亲爱的华府公立学校家庭,

在您准备为您的孩子注册 2014 至 2015 学年的华府公立学校时,我想花一点时间和您分享一些令人兴奋的信息,这些信息是关于我们学校系统所拥有的进展和我们在来年要做的推进计划。

首先,我们的学生在学术上实现了大跃进。随着强健的新的课程计划和杰出的教育工作者,我们的学生在您所期望的每个领域都有所进展。华府在全国教育进展评估 (NAEP) 的“国家成绩报告”中超过了其他州。并且我们在这个考试上的分数从未如此之高。这是一个令人兴奋的消息。它反映我们的学生和老师努力工作,并强调了我们为学生们提供他们所应得的,并在大学和生活中所需要的严谨课程和世界一流的教学这一承诺。

其次,我们正在前所未有的投资我们的学校。在过去几年里,我们花了数以亿计的资金来使我们的教学楼更加现代化,我们吸引,雇佣和保留高质量的教育工作者,并且我们为我们的学生们提供了他们能以成功并享受的学习资源。下学年,我们将拿出 5 百万美金给新的“证明什么是可能的”(PWP)学生满意度奖励项目。学校可以申请这些奖金,以帮助学生更加享受学校。我们在一些学校延长了上课时间以提供学生更多学习时间。总的来说,明年会有超过 5 千万美金直接花在学校上。我很高兴看到我们的学校可以使用这个奖金并他们如何扩大选择,使学校成为让学生感到有趣和兴奋的地方。

最后,我们持续的对所有的学生提供优质的教育经验工作,导致了人们对我们学校系统的兴趣和激情的增加。今年,我们看到随着越来越多的华府家庭选择就读我们的学校而再一次增加的注册率。很明显,我们在提高,而我也非常高兴您和您的家庭选择了加入我们。

为什么提前注册很重要?

提前注册帮助我们计划每个学校的学生人数,这样就会帮助我们雇佣适当人数的工作人员,并订购适量的课本和用品。总的来说,提前注册有助于促进学年的顺利开始。这里是一些关键的注册日期:

- **四月1日:**注册开始。
- **五月1日:**所有申请公共抽签的家庭递交注册包资料截止。
- **六月20日:**注册截止(您孩子2014-2015学年所有的表格必须交回)

请填写所附表格并尽快交到您孩子的学校。如果您有任何疑问,请不要犹豫,直接联系您孩子的学校或致电 202-478-5738 给学生入学和学校经费办公室。

感谢您在 2014-2015 学年选择送您的孩子到我们其中一所学校。我期待着引人入胜的,让人投入参与的一个学年,我也很高兴将为着满足您孩子的学习需要与您一起合作。

诚挚的,



Kaya Henderson
教育署长



欢迎来到2014-2015学年!

学生注册和健康表:

- 学生年度注册表已经被印制含有您孩子以前提交的信息。如果包括的信息已改变或有误, 请直接在表格上更改并请所在学校的校长/教务员复查。
- 您可以在网站 www.dcps.dc.gov/enroll 上找到所有文件 (西班牙语、法语、中文、越南语、和阿姆哈拉语)
- 寻找学生升学衔接的名单以帮助您确定孩子的新学校, 访问 www.dcps.dc.gov/enroll

如果您有关于填写注册包的任何疑问, 请不要犹豫, 直接联系您孩子所在的学校或致电 202-478-5738 联系华府公立学校教育署长反馈小组 (Chancellor's Response Team)

学生注册和健康表2014-2015:		家长/ 监护人 !!	学校 官方 !!
以下是2014-2015学年注册包所有项目索引。带有“必填”标识的项目必须被交回您孩子的学校以完成注册程序			
注册要求	所有注册于华府公立学校的学生们必须在2014年六月20日之前递交给他们2014-2015所在学校 (或通过“我的学校华府抽签” (My School DC Lottery) 得到席位的学生则是2014年5月1日)		
	<ul style="list-style-type: none"> • 年度学生注册表(必填)..... 第3页 • 户籍证明指引 (更多要求签名的表格在学校处可得-必填) 第4页 • 家庭语言调查表(必填)..... 第5页 • 同意书..... 第7页 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 媒体发布, (所有学生, 必填) ▪ 选择不披露信息给部队招募人员 (仅限7-12年级, 选择) 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
年龄验证: 仅限新生	新加入华府公立学校的学生们必须提供以上所有表格, 加上: <ul style="list-style-type: none"> • 证明年龄的文件。提供以下一个: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 出生证明 ▪ 医院记录 ▪ 之前的学校记录 ▪ 护照 ▪ 洗礼证书 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
健康表和信息	带有“必填”标识的项目必须被健康提供者填写并在注册时递交:		
	<ul style="list-style-type: none"> • 学校卫生检查清单..... 第9页 • 华府2014-2015免疫要求..... 第10页 • 华府通用健康证书引导和表格(必填)..... 第12页 • 华府口腔健康评估表(必填)..... 第16页 • 人类乳头状病毒疫苗(HPV)信息 (仅限6-11年级)..... 第18页 • 人类乳头状病毒疫苗拒绝证明书(选择)..... 第19页 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
选择性表格	选择或信息性表格是注册程序中的非必填: <ul style="list-style-type: none"> • 在校免费和减价膳食申请 (FARM) 通知..... 第20页 • 特殊膳食需要申请表..... 第21页 • 家庭教育权力和隐私法案 (FERPA) 通知..... 第22页 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

家长/ 监护人签名和日期

学校官员签名和日期



年度学生注册表
2014 - 2015 学年

2013-2014 学年所在年级

2013-2014 学年所在学校: _____

学生证号#: _____

(用印刷体填写所有信息)

学生信息					
1. 姓	2. 名	3. 中间名	4. 出生所在国家	5. 出生日期	
6. 地址			7. 公寓号	8. 家庭电话号码 ()	
9. 城市		10. 州		11. 邮政编码	
12. 学生性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 拒绝回答			13. 学生的母语:		
14. 上一次就读的学校:		就读日期:		上一次就读的学校地址:	
<input type="checkbox"/> 私立学校 <input type="checkbox"/> 公立学校 <input type="checkbox"/> 公立私营的学校 <input type="checkbox"/> 其它		月/日/年		城市	城市
15. 医疗保险或医疗补助 (Medicaid) 信息 保险提供者: _____ 保险号: _____ 列出学校应该了解的任何医疗状况			对华府公立学校的新生, 请标明您的孩子是否有一项: 个人化教育项目 (Individualized Education Program) 是 <input type="checkbox"/> 或者 否 <input type="checkbox"/> 如果 是, 个人化教育项目的审查日期: _____ 504 条款 (Section 504) 特殊服务教学计划 是 <input type="checkbox"/> 或者 否 <input type="checkbox"/>		
16. 学生的兄弟姐妹 学生兄弟姐妹的学校		A.	B.	C.	
17. 种族名称 <input type="checkbox"/> 西班牙/拉丁裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙/拉丁裔			17b. 人种 - 选择一个或多个 <input type="checkbox"/> 黑人/非裔美国人 <input type="checkbox"/> 土著夏威夷人/其他太平洋岛民 <input type="checkbox"/> 美洲印第安人/阿拉斯加土著人 <input type="checkbox"/> 亚裔 <input type="checkbox"/> 白人		
家长/监护人信息和其他主要的照顾者信息*					
18. 家长或监护人		关系	<input type="checkbox"/> 现役部队 <input type="checkbox"/> 预备役部队	19. 家长或监护人	
地址		公寓号		地址	
城市		州	邮政编码	城市	
电子邮箱地址		首选的交流语言		电子邮箱地址	
手机号码 ()		工作电话号码 ()		手机号码 ()	
雇主的名称/地址			雇主的名称/地址		
城市		州	邮政编码	城市	
城市		州	邮政编码	城市	
电子邮件与短信沟通*					
20. <input type="checkbox"/> 我希望从以上或以下列举的电子邮箱地址中收到我孩子的校长和华府公立学校发出的电子邮件。 电子邮箱地址: _____ @ _____			<input type="checkbox"/> 我希望从以上或以下列举的电话号码收到华府公立学校发出的手机短信。 我明白可能会被收取标准短信和数据费用。手机号码: () _____		
紧急情况					
21. 紧急情况联系人(除家长/监护人之外)		关系	家庭电话号码 ()	工作电话号码 ()	
地址		城市	州	邮政编码	手机号码 ()
居留身份 (选择其中一项 <input checked="" type="checkbox"/>)					
22. <input type="checkbox"/> 华府地区居民 (学生和家或者监护人居住在华府地区)			<input type="checkbox"/> 非华府地区居民		
住房状况 (选择其中一项 <input checked="" type="checkbox"/>)					
23. <input type="checkbox"/> 永久性		<input type="checkbox"/> 酒店/汽车旅馆	<input type="checkbox"/> 共享房屋		<input type="checkbox"/> 等待寄养
<input type="checkbox"/> 收容所		<input type="checkbox"/> 无收容所	<input type="checkbox"/> 寄养		<input type="checkbox"/> 无人陪伴的青年

*华府公立学校同意学生注册表上提供的信息/数据都应保持机密, 并仅用于合法的华府公立学校商务用途
我完成了此表格并且保证以上信息准确。 我明白以欺骗政府为目的而提供虚假的信息会被法律制裁。表格不应中四月1日前签署。此表格上的信息应和注册文件保持一致。

*与学生同住的家长/ 监护人或者年满 18 岁或 18 岁以上学生的签名

日期

户籍证明指导原则

每一学年，家长/监护人和其他主要的抚养人都需要证明每一名注册学生的户籍。下列原则提供了对证明 2014–2015 学年华府地区户籍证明所需文件的综览。

其它主要抚养人同样也被要求出示文件以证明他们有权为学生注册和验证户籍。请与您当地学校联系以获得所需文件清单。

建立户籍的程序

- 在第一次注册的 10 天之内确认户籍。此证明不得早于本学年的 4 月 1 日（2014 年 4 月 1 日）。
- 将原始文件做为户籍证据提供给学校代表。**文件必须是注册父母或监护人的名字。**学校被法律要求为审计的原因必须复印您的原件。
- 学校官员将会提供另外一份必须由注册时递交的户籍文件上的家长/监护人/抚养者签名的户籍证明表。

户籍身份应按下列要求 (1) 或 (2) 提供符合要求的文件来确认。完整的阐述和说明可以在 www.dcps.dc.gov/enroll 上找到。

户籍证明的要求 (选择 1)

下列任何一份表明姓名和地址的文件足以证明哥伦比亚特区（华府）居民身份:	
1. 一份 45 天内带有华府家庭住址以及缴纳华府税款的工资单	5. 从华府特区政府接受财政资助的证明
2. 社会安全补助金 (Supplemental Security Income) 年度福利通知	6. 由华府税务局认证核发的一份 D-40 表证明复印件
3. 证明信和军队居住命令; 或国防注册资格报告系统 (DEERS) 声明	7. 证明孩子受哥伦比亚特区监护的法庭指令
4. 一份大使馆信件指明使馆在华府赞助的房屋, 需使馆印封	

户籍证明的要求 (选择 2)

在无法提供选择 (1) 中列出的文件时, 下列两 (2) 份带有姓名和地址的文件也将足以证明在华府 (哥伦比亚特区) 的居民身份。提交的每份文件所显示的地址和姓名都必须相同。	
1. 未过期的华府车辆注册证	3. 2 个月内的的一份未过期的租约或带有缴租收据的租赁合同
2. 未过期的华府车辆驾驶证或其它的非驾驶者的官方证件	4. 2 个月内的的一份水电瓦斯帐单 (仅接受煤气和水电帐单), 附带缴帐收据。

户籍证明表格 (Residency Verification Form) 和这些指导原则中列出的文件可用来证明华府 (哥伦比亚特区) 户籍。不接受替代文件。如有问题或需引导, 可致电 (202) 442-5215 于座落于 1200 First St. NE, 9 楼的华府公立学校学生注册和学校资金办公室。

DCPS Home Language Survey (HLS) Form

Complete this Home Language Survey at the Student's initial enrollment in a DC Public School.

This form must be signed and dated by the Parent or Guardian. This form must be kept in the student's file.

School: _____	Student ID #: _____
Student's Last Name: _____	Student's First Name _____
English 1. Is a language other than English spoken in your home? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes _____ (specify language) 2. Does your child communicate in a language other than English? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes _____ (specify language) 3. What is your relationship to the child? <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Other (specify) _____ If the answer to question 1 or 2 is "Yes", the law requires your child's English language proficiency to be assessed.	
REGISTRAR PROCESS: <ul style="list-style-type: none"> If a parent/guardian does not speak English and your school does not have staff that speaks the parent/guardian's language, please use the Language Line for communication. If the HLS indicates a language other than English is spoken in the home, give the family the Referral Letter and refer the family to the Intake Center for assessment and orientation. 	
Español (Spanish) 1. ¿Se habla otro idioma que no sea el inglés en su casa? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí _____ (idioma) 2. ¿Habla el estudiante un idioma que no sea el inglés? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí _____ (idioma) 3. ¿Cuál es su relación con el estudiante? <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ Si la respuesta a la pregunta 1 ó 2 es " Sí ", la ley requiere que se evalúe la fluidez de su hijo/a en el idioma inglés.	Français (French) 1. Parlez-vous une langue autre que l'anglais à la maison ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui _____ (spécifiez la langue) 2. Votre enfant communique-t-il dans une langue autre que l'anglais ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui _____ (spécifiez la langue) 3. Quel est votre relation avec l'enfant ? <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) _____ Si la réponse à la question 1 ou 2 est " Oui ", la loi exige que les compétences de votre enfant en anglais soit évaluées.
中文 (Chinese) 1. 您家庭中是否使用不是英语的另外一种语言? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 _____ (请注明语言) 2. 您的孩子会使用不是英语的另一种语言交流吗? <input type="checkbox"/> 不会 <input type="checkbox"/> 会 _____ (请注明语言) 3. 您和孩子的关系是什么? <input type="checkbox"/> 父亲 <input type="checkbox"/> 母亲 <input type="checkbox"/> 监护人 <input type="checkbox"/> 其它(请注明) _____ 如果第一或第二项问题的答案为“是”，法律要求评估您孩子的英语熟练能力。	Tiếng Việt (Vietnamese) 1. Có ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh được nói ở nhà quý vị không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có _____ (xin ghi rõ ngôn ngữ nào) 2. Con em quý vị có nói một ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có _____ (xin ghi rõ ngôn ngữ nào) 3. Xin cho biết liên hệ của quý vị với con em? <input type="checkbox"/> Cha <input type="checkbox"/> Mẹ <input type="checkbox"/> Giám hộ <input type="checkbox"/> Liên hệ khác (xin ghi rõ) _____ Nếu trả lời của câu hỏi 1 hoặc 2 là " Có ", luật lệ đòi hỏi con em quý vị phải được thẩm định trình độ thông thạo Anh ngữ.
አማርኛ (Amharic) 1. በቤትዎ ውስጥ ከእንግሊዘኛ ሌላ ቋንቋ ይነገር ይደገፍ? <input type="checkbox"/> የሰም <input type="checkbox"/> አዎን _____ (ቋንቋውን ይጥቀሱ) 2. ልጅዎ ከእንግሊዘኛ ሌላ ቋንቋ ጋር ብት ሌላ ቋንቋ ይነገር? <input type="checkbox"/> የሰም <input type="checkbox"/> አዎን _____ (ቋንቋውን ይጥቀሱ) 3. ስልጹ ደስዎት ዝምድና ምን ድን ነው? <input type="checkbox"/> አባት <input type="checkbox"/> አናት <input type="checkbox"/> አሳዳጊ <input type="checkbox"/> ሌላ _____ (ይግለጹ) ስጥ ደቁ 1 ወይም 2 መልስዎ "አዎን" ከሆነ፣ የልጅዎ የእንግሊዘኛ ቋንቋ ቅሬታ ፍና ችሎታው ደረጃ እንዲገምገም ህጉ ይዛል።	School Official's Comments:

School Official Signature

Date

Parent/Guardian Signature

Date



2014-2015 学年学校健康清单

请在为您的孩子注册时提交下列表格给您孩子的学校的**教务员**。华府法律要求**所有的学生**都应该有最新的免疫接种以便入学。华府法律也要求注册所有年级的孩子们持有通用健康证明(Universal Health Certificate)以及所选年级的孩子们持有口腔健康评估(Oral Health Assessment Form)。

表格	描述	要求	备注
通用健康证明 (Universal Health Certificate)	两页的表格, 和为您的医护人员提供的两页的说明。	在所有年级(托儿所3-12年级)注册的学生。	<p>让您孩子的医生或护士填写通用健康证明表格(Universal Health Certificate Form)。</p> <p>全面健康证明必须记录在开学前的 365 天之内完成的免疫接种、结核病检查和体检。不超过 6 岁的孩子必须做 2 次血液铅中毒检查。无论暴露危险如何, 必须完成检查, 并记录在通用健康证明上。</p> <p>如果您的孩子参加体育运动, 通用健康证明从表格上列出的体检日期开始的 365 天起失效。为了保留参加体育运动的资格, 新的体检开始时, 一份新的通用健康证明必须交给学校。</p> <p>(需要医疗保险吗? 您可能有资格获得医疗补助或资助的健康保险。获得更多信息, 请访问 https://dchealthlink.com)</p>
免疫接种文件 (Immunization Documentation)	适龄的免疫接种应该被记录到通用健康证明中。所需的一页免疫接种传单包括在内。	在所有年级(托儿所3-12年级)注册的学生。开学 10 天后, 尚未递交免疫接种的学生将不允许上课并单独监管。	<p>如果您孩子的免疫接种尚未更新, 请尽快安排时间拜访您孩子的医生。有些免疫接种要求不止一剂并需要回访。</p> <p>如果您对华府免疫接种要求有疑问, 请与您孩子的医生讨论。您也可以致电 202-576-9325 联系华府健康免疫接种部 (Department of Health Immunization Division)。</p>
口腔健康评估表 (Oral Health Assessment Form)	一页	在所有年级(托儿所3-12年级)注册的学生	<p>让您孩子的牙医完成此表。</p> <p>(需要医疗保险吗? 您可能有资格获得医疗补助或资助的健康保险。获得更多信息, 请访问 https://dchealthlink.com)</p> <p>(拥有医疗资助 (Medicaid), 但需要帮助以查找一名牙医或预约? 请致电 1-866-758-6807 或访问 http://www.insurekidsnow.gov/state/dc/district_oral.html)</p>
选择不接受人类乳头状病毒疫苗表 (HPV Vaccine Opt-Out Form)	人类乳头状病毒疫苗拒绝接受表和疫苗的解释 (2 页) 包括在内	6-10 年级的学生	如果您决定不让您的就读 6 至 11 年级的孩子接受人类乳头状病毒 (HPV) 疫苗, 请递交选择不接受人类乳头状病毒疫苗表 (HPV vaccine opt-out form)。如果您需要申请免除接种其它疫苗, 请联系您孩子学校的护士。
用药指示 (Medication Orders)	<p>有规定的表格让学校满足您孩子的用药或医疗干预的需要。</p> <p>您可以从学校的护士或登录 www.dcps.dc.gov 获取这些表格:</p>	在校期间每天需要治疗哮喘、过敏、糖尿病、癫痫、或其它疾病的药物或医疗干预的学生。如果这适用于您的孩子, 请与校长及护士谈论您孩子的身体健康或行为健康状况和干预要求。	<p>为确保您孩子的药物需要在学校被满足, 请参见满足您孩子在校的药物和治疗需要以获得详情。您可以在 http://tinyurl.com/ghjbhms 上找到这些信息。</p> <p>任何可能的时候, 在家里服用药物。如果您的孩子需要在校使用药物或要求医疗治疗, 请让您的医疗提供者完成适合的表格-药物和治疗授权书 (Medication and Treatment Authorization Form), 哮喘行动计划 (Asthma Action Plan) 和过敏性反应行动计划 (Action Plan for Anaphylaxis)。这些表格可于华府公立学校网站 http://tinyurl.com/qzjsu6t 和您孩子学校的护士那里获得。如果您的孩子有饮食配合需要, 您的供应者应同时完成特殊膳食需要表 (Special Dietary Needs Form)。这个表在华府公立学校网站上可获得 http://tinyurl.com/kwf8386。被允许在学校时自己服用治疗哮喘 (Asthma)、过敏性反应 (Anaphylaxis)、或者糖尿病的药物的学生必须有一份由该学生家长或监护人和医生签字的用药计划。</p>

如果您有任何疑问, 请随时致电 202-442-5103 或发送电子邮件至 Diana.Bruce@dc.gov 联系 Diana Bruce, 华府公立学校的健康与卫生主管 (Director of Health and Wellness)。您可以在华府公立学校的网站上找到这些表格的复印件。



华府地区 2014-2015 学年免疫接种要求¹

截止开学第一天，所有在华府地区读书的学生
必须提供适当间隔的接受免疫接种的证明。



(Chinese)

2岁或2岁以上的孩子即将进入
幼儿园或者低收入家庭儿童早期教育计划

- 4次(针)白喉/破伤风/百日咳(DTaP)疫苗
- 3次(针)脊髓灰质炎疫苗(Polio)
- 1次(针)水痘疫苗-如果没有病毒感染的历史²
- 1次(针)麻疹、流行性腮腺炎和风疹(MMR)疫苗
- 3次(针)乙型肝炎(Hepatitis B)疫苗
- 2次(针)甲型肝炎(Hepatitis A)疫苗
- 3或4次(针)B型流感嗜血杆菌³
- 4次肺炎球菌疫苗(Pneumococcal)



4岁的孩子即将进入
学前班

- 5次(针)白喉/破伤风/百日咳(DTaP)疫苗
- 4次(针)脊髓灰质炎疫苗(Polio)
- 2次(针)水痘疫苗-如果没有病毒感染的历史²
- 2次(针)麻疹、流行性腮腺炎和风疹(MMR)疫苗
- 3次(针)乙型肝炎(Hepatitis B)疫苗
- 2次(针)甲型肝炎(Hepatitis A)疫苗
- 3或4次(针)B型流感嗜血杆菌³
- 4次肺炎球菌疫苗(Pneumococcal)



5-10岁的孩子即将进入
幼儿园到5年级

- 5次(针)白喉/破伤风/百日咳(DTaP)疫苗
- 4次(针)脊髓灰质炎疫苗(Polio)
- 2次(针)水痘疫苗-如果没有病毒感染的历史²
- 2次(针)麻疹、流行性腮腺炎和风疹(MMR)疫苗
- 3次(针)乙型肝炎(Hepatitis B)疫苗
- 2次(针)甲型肝炎(Hepatitis A)疫苗(如果孩子
在05年1月1日当天或者之后出生者)



11岁和11岁以上的孩子将进入
6年级到12年级

- 5次(针)白喉/破伤风/百日咳(DTaP)疫苗
- 1次(针)白喉-破伤风-百日咳三合一(如果上一针白喉-破伤风二合一/白喉-破伤风-百日咳三合一或者破伤风已经有5年或5年以上)
- 4次(针)脊髓灰质炎疫苗(Polio)
- 2次(针)水痘疫苗-如果没有病毒感染的历史²
- 2次(针)麻疹、流行性腮腺炎和风疹(MMR)疫苗
- 3次(针)乙型肝炎(Hepatitis B)疫苗
- 1次(针)脑膜炎疫苗
- 3次(针)人类乳头状病毒疫苗(HPV)-6到10年级的女生或者家长可以在www.doh.dc.gov网站上下载并签署被批准的拒绝注射疫苗表格



¹对于所有年纪和年级的学生，疫苗注射要求的数量根据孩子的年纪和他们距上次注射疫苗时间的距离而有所不同。请向您孩子学校的护士或健康医护人员询问详细信息。

²所有水痘病毒感染史必须由一个健康保健医护人员(医生，护理从业者，医生助理，注册护士)证明或者诊断，并且文件必须包含疾病年份和月份。

³疫苗注射的数量由疫苗的品牌决定。



华府通用健康证明书指导

此表格取代所有签署日期为 2009 年 2 月 24 日前的表格。此华府通用健康证明书 (District of Columbia Universal Health Certificate/DCUHC) 将被用以进入托儿机构、启蒙计划以及华府公立、私立和教区学校。

例外：它不能被用以代替 EPSDT 表格或卫生部口腔健康评估表 (Department of Health Oral Health Assessment Form)。华府通用健康证明书被华府卫生部研发并遵循美国儿科学会 (American Academy of Pediatric/AAP) 儿童和青少年预防保健指南；从出生到 21 周岁。**此表格为保密文件**，遵循针对医疗提供者颁发的 1996 年健康保险流通与责任法案 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996/HIPAA) 的要求和针对教育机构的颁发的 1974 家庭教育权利和隐私法案 (the Family Educational Rights and Privacy Act of 1974 /FERPA) 的要求。

一般说明：请用黑色原子笔填写此表。

第一部分：孩子个人信息：

家长和监护人：请完整填写所有孩子的信息包括孩子的姓、名和中间名，生日和性别。同时包含您的姓名、电话、家庭地址和家庭住址所在的区，并当无法联系到您时的紧急联系人的姓名和电话。提供学校或托儿中心的名字。勾选正确描述您孩子健康保险类型的方块。如果孩子的保险类型没有被列出，勾选“其它 (other)”栏并在所提供的空白处写下保险种类。写出您孩子主要保健提供者 (医生)。如果您的孩子没有家庭医生，在空白处写“没有 (none)”。**此表如没有家长或监护人在第五部分的签名便不算完成。**

第二部分：孩子病史、检查和建议：(由医生填写)。请选择所有适合的项目。

- **健康检查日期：**根据美国儿科学会指南，所有孩子必须被医生或有执照的护士做身体检查。签署的日期必须是做检查的日期。
- **体重 (WT)：**孩子的体重或是磅 (LBS) 或是千克 (KG)；**身高 (HT)：**孩子的身高或是英寸 (IN) 或是厘米 (CM)。
- **血压 (BP)：**如果一个孩子是三岁或以上，在框里写下血压值并在正常或异常处打勾。如异常，在第二部分 A 项提供原因和解决方案。
- **身高体重指数 (又称身体质量指数或简称体质指数) (Body Mass Index/BMI)：**如果孩子 2 岁或以上，身高体重指数必须被计算并被记录成百分比。
- **血红蛋白/血球密度 (HGB/HCT)：**(所有接受启蒙教育的孩子都要求做血红蛋白/血球密度测试 (Hemoglobin/HGB or Hematocrit/HCT))。同时，根据美国儿科学会指南，月经期青少年建议做贫血检查。请记录血液水平并在所进行的血红蛋白检验，血球密度测试检验或者两项上打勾。
- **健康顾虑 (HEALTH CONCERNS)：**医生必须做以下健康检查：哮喘、癫痫、糖尿病、语言、发展/行为和和其它可能需要特殊健康看护的障碍。任何有“健康顾虑” (“HEALTH CONCERNS”) 的健康检查，医生必须表明已经做了合适的转诊或孩子目前正在为此情况接受治疗 (Rx)。如果没有“健康顾虑”，那么在每个健康检查的区域的 ‘NO’ 或 ‘None’ 上打勾。
- **特别备注 (SPECIAL NOTE)：**“年度牙医检查” - 对于 3 岁或以上的孩子，医生必须表明牙医是否在过去 12 个月里检查过孩子的牙齿。如果没有，孩子应被推荐看牙医。
- **A:** 请备注任何重要的病史、医疗情况、可传染的病、或可能会影响儿童在参与学校有关的运动或项目中表现能力的限制，或标注“无” (“NONE”)。
- **B:** 请备注任何在参与与学校有关的活动或项目中因重要的食物/药物/环境过敏需要所要求的**紧急医疗**，或标注“无” (“NONE”)。
- **C:** 请备注在参与与学校有关的活动或项目中所需要的任何长期的药物，柜台药物或特殊医疗需要，或标注“无” (“NONE”)。
- **特殊备注 (SPECIAL NOTE)：**请备注任何在参与第二部分 C 项 (in Part 2: Section C) 列出的与学校有关的活动或项目中需要的药物或治疗，并完成医生的药物授权指令 (Medication Authorization Order)，将其附在本表格上。

第三部分：肺结核与铅暴露的风险评估与测试 (Tuberculosis & Lead Exposure Risk Assessment & Testing)：

- **肺结核评估 (TUBERCULOSIS (TB) RISK ASSESSMENT)：**按照 2006 年美国儿科学会红皮书第 27 版本 682 页 (2006 AAP RED BOOK, 27th Ed, page 682) 美国儿科学会对婴儿、儿童和青少年进行肺结核皮肤测试指南 (AAP Tuberculin Skin Test Recommendations for Infants, Children and Adolescent) 的所做的定义进行肺结核的风险评估。目前华府市规要求所有进入托儿机构或学校的孩子有一次肺结核评估 (结核菌素皮肤测试)；不管哪个在先。肺结核评估同时要求所有被评估为**高风险暴露**的孩子做结核菌素皮肤测试。请备注测试并注明测试结果 (阳性或阴性)。如果结核菌素皮肤测试结果为**阳性**，那么标注胸腔 X 光结果和孩子是否被治疗。**所有阳性的结核菌素皮肤测试都必须致电 202-698-4040 报告给华府肺结核控制项目)**
- **铅暴露危险 (LEAD EXPOSURE RISKS)：**华府法律要求所有孩子在 6-14 个月之间和 22-26 个月之间必须被检测。华府法律同时要求如果大于 26 个月的孩子还没有被检查铅暴露，那个孩子必须在 6 岁前被 2 次拍片检查。请记录最近一次铅测试的“日期”和“结果”。请注明是否“等候”。“等候”结果有效期为**自检查日期的 2 个月**并将不会从学校相关的活动或项目中隔离孩子。**所有铅测试必须被实验室电子报告给华府儿童铅毒预防计划 (DC Childhood Lead Poisoning Prevention Program)**。详细指示，致电 202-654-6036/6037。医生可以传真结果至 202-481-3770。

第四部分：要求医务工作者 (医生或执业护士) 证书和签名：

医生将在下列声明中注明“是”或“否”以回应：

这个孩子已得到了合适的检查，健康病史也已被查阅；

这个孩子可以参加竞技性的体育运动 (根据评估和符合美国儿科学会参与前评估 1997 年第二版本 (the AAP Pre-participation Physical Evaluation 2nd Ed., 1997)；和孩子已在本年内接受了符合年纪的健康检查 (根据美国儿科学会和 EPSDT 指南)。如果标注“否”，在空白处解释原因。

所有信息将被保密。

第五部分：要求家长/监护人签名。(发布健康信息)

家长或监护人必须在这个部分正楷书写；提供签名，并标注日期。一旦在此签名，家长或监护人允许医疗提供者与孩子的学校、托儿机构、营会、或相应的华府政府单位分享健康信息。

表格可在 www.doh.dc.gov 上获得

华府通用健康证明书

第六部分: 免疫信息

一般说明: 请用黑色原子笔填写此表

孩子/学生个人信息: 正楷书写孩子/学生的姓、名和中间名/首字母。按月/日/年输入生日。通过选择女或男注明孩子/学生的性别。注明孩子参加的学校名称或托儿机构。

第一章: 免疫信息—清楚的输入注射疫苗的日期(月/日/年)或附上对等的、有医务工作者签名和日期的复印件。华府法律 3-20 条“1979 年学校学生免疫条例 (“Immunization of School Students Act of 1979”) 和“华府市政规章第 22 条, 第一章(于 2008 年 5 月 2 日修改)规定, 以下疫苗是必须的。

指南: 从标有“孩子的当前年龄”的列找到孩子/学生的年龄。横向查阅每一个要求的疫苗。框里的数字是那个疫苗在孩子当前年龄和年级所需要的剂量的数量。列里的年龄范围不代表孩子可以等到最高年龄才满足要求。任何孩子的年龄只要在那个范围之内必须根据他/她目前年龄接受所要求的剂量数量以满足要求。

在托儿机构注册的孩子所要求的疫苗种类和剂量 ²										
孩子当前年龄	白喉/破伤风/百日咳	脊髓灰质炎 ⁶	B 型流感嗜血杆菌 ⁷	麻疹、流行性腮腺炎和风疹 ⁸	水痘 ⁹	乙 (B) 型肝炎 ¹⁰	甲 (A) 型肝炎 ¹¹	肺炎球菌 ¹²	脑膜炎	人类乳突状病毒
小于 2 个月	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
2-3 个月	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0
4-5 个月	2	2	2	0	0	2	0	2	0	0
6-11 个月	3	3	2/3	0	0	3	0	3	0	0
12-14 个月	3	3	3/4	1	1	3	1	4	0	0
15-23 个月	4	3	3/4	1	1	3	1	4	0	0
24-47 个月	4	3	3/4	1	1	3	2	4	0	0
48-59 个月	5 ³	4 ⁶	3/4	2	2	3	2	4	0	0
在公立、公费私营学校、教区学校和私立学校注册的孩子所要求的疫苗种类和剂量 ²										
年级	白喉/破伤风/百日咳 白喉	脊髓灰质炎 ⁶	B 型流感嗜血杆菌	麻疹、流行性腮腺炎和风疹 ⁸	水痘 ⁹	乙 (B) 型肝炎 ¹⁰	甲 (A) 型肝炎 ¹¹	肺炎球菌	脑膜炎 ¹³	人类乳突状病毒 ¹⁴
年级 (非年级)										
幼儿园-5 年级 (5-10 岁)	5 ^{3,4}	4	0	2	2	3	2	0	0	0
6-12 年级 (11-18+ 岁)	6 ^{4,5}	4	0	2	2	3	2	0	1	3

¹间隔: 剂量应在适合的年龄、适合的间隔给予。在最小间隔或年龄前 4 天给予疫苗仍可算为有效。例外: 2 个在不同日给予的活性菌疫苗必须分隔最少 28 天

²豁免: 疫苗药物豁免必须是有效的原因并有从医生而来的正当的文件(第二章)。血液滴定量(浓度测定)可以用来代替疫苗(第三章)。一份来自实验室的报告复印件必须递交给学校/托儿机构。因为宗教原因而豁免的文件必须由家长/监护人递交给学校/托儿机构。

³白喉/破伤风/百日咳: 除非第四份剂量是在 4 岁生日后给予, 4 岁或以上的学生要求注射 5 份白喉/破伤风/百日咳的剂量以入学。第四和第五份白喉/破伤风/百日咳剂量的间隔必须是 6 个月。

⁴破伤风-白喉(破-白)二合一/破伤风-白喉-百日咳(破-白-百)三合一: 如果主要系列是在 7 岁生日后开始, 那么需要 3 份破-白二合一剂量。如果大于 11 岁, 三份中的一份必须是破-白-百三合一疫苗。破-白-百三合一加强剂要求在最后一次破伤-白二合一疫苗的 5 年后注射。破-白二合一加强剂要求每 10 年注射。

⁵破-白-百三合一: 学生必须在达到之前所要求的破-白二合一/破-白-百三合一第四或第五剂量之后, 才能注射一份破-白-百三合一。

⁶脊髓灰质炎: 4 岁时要求 4 份剂量以入学, 除非第三份脊髓灰质炎疫苗的剂量是在 4 岁生日之后注入, 这样就只需要 3 份剂量。然而, 如果连续或混合的脊髓灰质炎疫苗被使用, 那么第四剂量就被要求用以完成主要系列。脊髓灰质炎疫苗不再有规律的给予超过 18 岁的学生。

⁷B 型流感嗜血杆菌: 主要剂量的数量是根据疫苗品种和开始剂量的年龄。最后一剂 B 型流感嗜血杆菌疫苗必须在 12 个月时或过后注入。然而, 如果只有一份剂量被注入, 它必须在 15 个月时或之后被注入。5 岁或以上的学生不要求此疫苗。

⁸麻疹、流行性腮腺炎和风疹: 4 岁时要求第二次剂量。第一次剂量必须在第一次生日时或之后给予。第二份剂量可以在第一份剂量给予后的 1 个月注入。麻疹、流行性腮腺炎和风疹和水痘必须在同时注入或分开 28 天注入。

⁹水痘: 4 岁时要求第二次剂量。第一次剂量必须在第一次生日时或之后给予。如果第一份剂量是在 12 个月和 12 岁之间给予的, 第二份剂量要在第一份剂量的 3 个月给予; 如果第一份剂量是在超过 13 岁后给予的, 第二份剂量可以在第一份剂量的 1 个月给予。有水痘历史, 并有医生验证注明生病的月份和年份的学生不要求种植水痘疫苗。

¹⁰乙 (B) 型肝炎: 如果单一的乙 (B) 型肝炎疫苗和一个混合的疫苗注射, 如破伤风-白喉-百日咳三合一-脊髓灰质炎疫苗-乙 (B) 型肝炎疫苗, 四份乙 (B) 型肝炎疫苗是可以的; 然而, 第三或第四份剂量必须在 24 周或之后并前一次疫苗的 8 周后给予。如果注射了单一的乙 (B) 型肝炎疫苗, 第三份剂量必须在第一次剂量的 16 周和第二次剂量的至少 8 周后给予。11-15 岁的学生, 清楚记录 2 份成人乙 (B) 型肝炎疫苗 (Recombivax) 是可以接受的。

¹¹甲 (A) 型肝炎: 2005 年 1 月 1 日后出生的学生要求注射此疫苗。

¹²肺炎球菌: 肺炎球菌疫苗的数量是根据学生目前的年龄和第一次剂量被给予的年龄。24-59 个月大健康的学生并且还没有完全的注射免疫疫苗的学生可以接受一份剂量。5 岁或以上的学生不要求此疫苗。

¹³脑膜炎: 11 岁或以上要求此疫苗。

¹⁴人类乳突状病毒: 第一次进入 6 年级的学生要求此疫苗。关于人类乳突状病毒和人类乳突状病毒疫苗的信息必须提供给家长/监护人或学生。家长/监护人可以签署卫生部通过的表格以选择不 (Opt-Out) 接受此疫苗。

第二章: 药物豁免: 当有药物相抵触的情况存在, 导致阻止孩子根据华府法律 3-20 条和 ACIP 建议, 准时接受一个或多个疫苗, 填写此章节。勾注所有抵触的疫苗并解释抵触的原因。如果药物豁免是永久性的, 勾注正确的位置。如果药物豁免是暂时的, 勾注适合的位置并签署过期日期。医生必须签名, 正楷书写姓名或盖章, 并在此章节签署日期。

第三章: 替代免疫证明: 当血液滴定量(浓度测定)证明有足够免疫力时填写此章节。勾注血液里拥有的疫苗。附带一份血液结果的报告。医生必须签名, 正楷书写姓名或盖章, 并在此章节签署日期。



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: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	种族/族裔: <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"/> 亚洲或太平洋岛民 <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	家庭住址:		区:
紧急联系人:	紧急联系电话: <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 工作	城市/州 (如果非华府地区)		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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 千磅 <input type="checkbox"/> 千克	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 (>2岁) (BMI) %			
血红蛋白/血球密度 (居家教育要求) HGB/HCT	视力检查: 右眼 20/____ 左眼 20/____		听力检查 通过 _____ 未通过 _____ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 转诊 <input type="checkbox"/> 在治疗	语言/交谈	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 转诊 <input type="checkbox"/> 在治疗		
癫痫	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 转诊 <input type="checkbox"/> 在治疗	发育/行为	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 转诊 <input type="checkbox"/> 在治疗		
糖尿病	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 转诊 <input type="checkbox"/> 在治疗	其他	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 转诊 <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 低	结核菌素皮肤试验日期:	<input type="checkbox"/> 阴性 <input type="checkbox"/> 阳性	如结核菌素皮肤 测试为阳性 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 胸部 X 光为阴 <input type="checkbox"/> 胸部 X 光为阳 <input type="checkbox"/> P-治疗	医务工作者: 如结核菌素皮肤测试为阳性, 应转诊到家庭医生进行评估。 有问题, 请联络 TB Control, 电话: 202-698-4040
铅暴露风险	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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。			
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 这个运动员可以参加竞技性的体育。			
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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:	
地址		电话	
		日期	
		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)						
	1	2	3	4	5		
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量							
B型流感嗜血杆菌							
乙 (B) 型肝炎(HepB)							
脊髓灰质炎(IPV, OPV)							
麻疹、流行性腮腺炎和风疹(MMR)							
麻疹 (Measles)							
流行性腮腺炎(Mumps)							
风疹(Rubella)							
水痘 (Varicella)							
	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)							
甲 (A) 型肝炎(HepB)(2005年1月1日当天或之后出生)							
脑膜炎疫苗 (Meningococcal)							
人类乳突状病毒疫苗(HPV)							
流感 (推荐)							
轮状病毒 (推荐)							
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 _____

华府地区口腔卫生 (牙科医务工作者) 评估表

(Chinese)



家长/监护人指导:

第一部分:请填写包括孩子种族或族裔的所有章节。请表明您家庭所在区, 家庭医生, 牙医, 和牙齿保险类型。如果孩子没有牙医也没有保险, 请在每个框里写“无”(“None”)。

第二部分:一旦在此章节签名, 家长或监护人允许牙医或牙科部门与孩子的学校、托儿机构、营会、卫生部、或要求此表的单位分享口腔健康信息。所有信息将被保密。**此表如没有家长/监护人的签名和日期便不算完成。家长或监护人必须在这个部分签名、正楷书写、并注日期。**

第一部分: 孩子个人信息 (由家长/监护人填写)

孩子的姓:	孩子的名和中间名:	生日: 月/日/年	性别: 0 男 0 女	学校或托儿机构: 年级:
家长/监护人姓名 1:	电话 1: 0 家 0 手机 0 工作	家庭住址:		区:
家长/监护人姓名 2:	电话 2: 0 家 0 手机 0 工作	紧急联系人:		电话:
种族/族裔: 0 白人非西班牙裔 0 黑人非西班牙裔 0 西班牙裔 0 亚洲或太平洋岛民 0 其它				
家庭医生 (医疗):	牙医/牙科医务工作者:	牙齿保险种类: 0 医疗补助 0 私人保险 0 无 0 其他		

第二部分: 要求家长/监护人签名

家长/监护人发布健康信息。

我允许在此签署的健康检测员/工作人员将含有我孩子信息的此表分享给我孩子的学校、托儿机构、营会、或卫生部。

家长或监护人正楷书写姓名:	家长或监护人签名:	日期:
---------------	-----------	-----

Dental Provider Instructions (牙医指导, 第三和第四部分由牙医填写):

Part 3: Circle Yes or No in findings column. For Yes, please explain in Comments Section.

Part 4: Indicate whether the child has been appropriately examined and if treatment is complete. If treatment is incomplete, refer patient for follow up care. Dentist must sign, date, and provide required information.

Part 3: Child's Findings and Parent Recommendations (please indicate in findings column)

CONFIDENTIAL FORM

	Findings	Comments
Gingival inflammation	Y N	
Plaque and/or calculus	Y N	
Abnormal gingival attachments	Y N	
Malocclusion	Y N	
Treated Dental Caries	Y N	
Untreated dental caries	Y N	0 Check box if Urgent
Sealants on permanent molars	Y N	
Cleft lip and palate	Y N	
Preventative services completed	Y N	What kinds of preventative services were completed? 0 Prophylaxis 0 Fluoride 0 Oral Hygiene

Part 4: Final Evaluation/Required Dental Provider Signatures

This child has been appropriately examined. Treatment 0 is completed 0 is not completed 0 under treatment 0 refused treatment 0 not necessary. The child has ongoing 0 urgent 0 non-urgent treatment needs and is under treatment 0 by me or 0 has been referred to:			
DDS/DMD Signature:	Print Name:		
Address:	Fax:	Phone:	Date:

华府地区儿童健康证明:

此表格取代以前的为进入华府学校、所有启蒙计划, 托儿所、营会、课外教育计划、体育活动或运动参与, 或任何要求身体检查的其它华府活动的牙科考核表。表格为华府卫生部 (DC Department of Health) 批准并遵循美国儿童牙科学会(AAPD)强制性入学口腔健康检查指南。美国儿童牙科学会建议在孩子长第一颗牙齿的6个月内, 并且不超过他或她的一岁生日前做牙科检查。华府卫生部 (DC Department of Health) 建议所有3岁和3岁以上的孩子接受由持有执照的牙医所做的口腔健康检查, 并填写华府口腔健康评估表 (DC Oral Health Assessment Form)。此表为保密文件。保密性是根据针对医务工作者所颁发的1996年健康保险流通与责任法案(HIPAA)和针对华府学校和其它提供者的家庭教育权利和隐私法案(FERPA)。

哥伦比亚特区政府 (GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA)
卫生部 (Department of Health)



选择不接受人类乳突状病毒 (Human Papillomavirus, HPV) 疫苗证明书

完成此表格的指示

第一部分：输入学生信息

第二部分：让家长/监护人或学生（如果已满 18 岁或以上）在阅读人类乳突状病毒疫苗信息声明后签字并署日期

第一部分：学生信息			
学校名称：			
学生姓名：	生日：	年级：	
街道地址：	城市：	邮编：	电话：
医务人员的名字和地址：	城市：	邮编：	电话：

自 2009 年开始并遵行华府法律 17-10 条，（2007 年人类乳突状病毒疫苗接种报告行动，Human Papillomavirus Vaccinations and Reporting Act of 2007，在华府地区学校第一次注册 6 年级至 11 年级学生的家长或监护人需要递交证明书说明学生曾经：

1. 接受过人类乳突状病毒疫苗 (HPV) 接种；或
2. 没有接受过人类乳突状病毒疫苗 (HPV) 接种因为：
 - a. 家长或监护人真诚的反对，并以书面形式向学校行政官员说明接种疫苗会违反他或她的宗教信仰；
 - b. 学生的医生，他或她的代表或公共卫生行政部门提供给学校书面证明，接种疫苗从医学角度来说不适宜；或
 - c. 家长或法定监护人，经过他或者她的慎重考虑，在已经被告知人类乳突状病毒疫苗接种要求后签署了不参与声明，并选择不参与人类乳突状病毒疫苗接种计划。

第二部分：签名

选择不接受人类乳突状病毒疫苗 (HPV) 接种

我已接受并审阅过接受人类乳突状病毒疫苗 (HPV) 接种和如果给予青春期前的女孩和男孩能够预防子宫颈癌和生殖器疣的好处。在被告知人类乳突状病毒和人类乳突状病毒与子宫颈癌，其它癌症和生殖器疣的关系后，我仍然决定为以上列名的学生选择不接受人类乳突状病毒疫苗要求。我知道我可能需要在随时重新回顾这个问题并完成需要的疫苗接种。

家长/监护人或学生如大于 18 岁的签名

日期

家长/监护人或学生如大于等于 18 岁的工整字迹书写姓名

更新时间 2014 年 1 月 (2014-2015 学年)

人类乳突状病毒信息

生殖器人类乳突状病毒 (HPV) 是美国最常见的性传播病毒。一共有大约 100 种人类乳突状病毒。大多数感染都不会导致任何症状并会自行痊愈。人类乳突状病毒的重要主要是因为可能它可能导致女性子宫颈癌和几种在男性和女性中较不寻常的癌症种类。它还能导致生殖器疣和上呼吸道疣。人类乳突状病毒无法治愈，但是它导致的问题可以被治疗。

在美国，大约 2 千万人已经被感染，并且每年都有超过 6 百万的人被感染。人类乳突状病毒一般通过性接触传染。超过 50% 的性行为活跃的男人和女人在一生中某些时候都会感染上人类乳突状病毒。在美国每一年，将近 12,000 女性患子宫颈癌，并且有 4,000 人死于此，华府的子宫颈癌症率高于全国平均水平。

人类乳突状病毒疫苗（非活性）是一种不活跃的、保护四种主要人类乳突状病毒类型的疫苗。这包括 2 种导致 70% 子宫颈癌的种类和 2 种导致 90% 生殖器疣的种类。人类乳突状病毒疫苗可以阻止大部分生殖器疣和大部分子宫颈癌症。

保护预计是长期的。但是接种的妇女仍需要做子宫颈癌症检查，因为疫苗并不保护所有会导致子宫颈癌的人类乳突状病毒。

人类乳突状病毒疫苗是常规推荐给 11-12 岁的女孩和男孩的，但可以提早在 9 岁就接种。在女孩和男孩有第一次性接触前接受人类乳突状病毒疫苗是很重要的-因为他们还没有暴露于人类乳突状病毒。疫苗能够保护一些—但不是所有--人类乳突状病毒类型。然而，如果女性和男性已经被人类乳突状病毒所感染，疫苗将无法预防那种类型的病毒了。但是仍然推荐感染人类乳突状病毒的男女接受疫苗。此外，人类乳突状病毒能预防女性阴道和外阴癌，以及男女的生殖器疣和肛门癌。

疫苗同时也推荐给之前年轻一点的时候没有接受过疫苗的 13-26 岁女性和 13-21 岁男性（或在某些情况下 26 岁）。在需要的时候也会给予其它任何疫苗。

人类乳突状病毒疫苗需要按 3 个剂量给予：

- **第一个剂量：现在**
- **第二个剂量：第一次剂量的 2 个月后**
- **第三个剂量：第一次剂量的 6 个月后**

对酵母有危急生命的过敏性反应、怀孕、中度至严重的疾病患者不宜接受疫苗。副作用大多是温和的，包括在注射部位的瘙痒，疼痛，发红和轻度至中度发烧。

如需更多信息，请联系您的医疗人员，致电 (202) 576-9342 给华府健康免疫接种项目部或致电 1-800-CDC-INFO (1-800-232-4636) 给疾病控制与预防中心 (Centers for Disease Control and Prevention)。

学校免费或减价的饮食 (FARM) 申请

学校早餐, 校后点心和校后晚餐对所有学生都是免费的。在 2014-2015 学年, 大约 75 个学校将会被认定为社区合格选项 (Community Eligibility Provision/CEP), 这允许这些学校的孩子们接受免费的午餐。在这些社区合格选项的华府公立学校就读的家庭将不需要递交 2014-15 年的免费或减价在校饮食申请。符合社区合格选项的学校名单可以在华府公立学校网站上找到。

为了有资格获得免费或减价在校饮食, 必须填写免费或减价在校饮食 (FARM) 申请表。即使家里的孩子们就读于不同的华府公立学校, 一个家庭也只需填写一份免费或减价在校饮食申请表。

2014-15 免费或减价在校饮食 (FARM) 申请将于 2014 年六月底可得, 也不能早于 2014 年 7 月 1 日递交。不同语言的申请表将在每个非社区合格选项华府公立学校的主要办公室和网上获得。在 **2014 年 7 月 1 日**后递交申请:

1. 递交纸质申请表至您最小的孩子所在的接受申请的学校 (注意: 社区合格选项内的学校不接受申请);
2. 通过安全电子表递交网上申请; 或
3. 将申请表寄至: 华府公立学校膳食与营养办公室 (DC Public Schools, Office of Food and Nutrition Services)

1200 First St. NE, 11th Floor, Washington, DC 20002

所有华府公立学校学生将携带他们的 2013-14 饮食支付状况至 2014 年 9 月 30 日。从 2014 年 10 月 1 日起, 所有在非社区合格选项学校里没有递交申请的学生将会自动被要求支付午餐费用。

过敏及饮食要求

华府公立学校意识到学生可能有重要和不同的饮食需求。在此表背面的“学生特殊饮食需求表”可以让父母告知学校他们孩子的饮食需要。**请注意此表必须每一学年都填写, 因为饮食需要随着时间而改变。**

学生特殊饮食需求表的使用步骤:

1. **此表需要一个持有执照的医疗供应者签名** (除了不能接受乳糖这一项仅需要家长/监护人的签名)。
2. 填写好的表格必须交给您学校的护士。
3. 学校护士将告知学校工作人员这个学生的需要以确保随时安全。
4. 学校护士会将表格转发给将会确保在食堂里所有食物都满足需求的膳食与营养办公室。

更多关于食物需要的信息和“宗教上的/哲学上的特殊饮食申请表”可在 dcps.dc.gov/DCPS/Beyond+the+Classroom/Food+Services/Food+Accommodations 获得。

如有其它问题或顾虑, 请通过: food.dcps@dc.gov, (202) 442-5112, 或 dcps.dc.gov/DCPS/Beyond+the+Classroom/Food+Services 联系膳食与营养办公室。



请将此表递交给您孩子学校的护士。然后护士会告知学校工作人员和膳食与营养服务办公室 (Office of Food & Nutrition Services) 有关您孩子的需要。

学生特殊饮食需要表 2014-2015 学年

如果学生有特殊营养或喂食需求，填完此表并让公认的医疗权威签字。如果营养需要已经在个人教育计划 (IEP) 里注明，请附上个人教育计划的复印件。		
学生姓名:	学生证:	生日:
学校名字:	年级级别:	教师姓名: (如果知道)
这名学生是残障吗? 如果是, 描述因为这个残障而造成的主要生活影响:		
例举特殊饮食或饮食限制:		
食物过敏或不耐受:		
替代食物:		
例举需要改变质地的食物。如果所有的食物都需要这样准备, 注明“所有” (All). 如果需要的话, 用另外的纸。		
需要修改质地的食品	修改 (切碎, 磨细, 捣成泥或搅混, 粘稠液体)	其他指示 (包括特殊进食/喂食模式, 喂食技术, 和设备需要)
家长/监护人姓名:	电话:	
	电子邮件:	
医疗供应者姓名: (医师, 助理医师, 执业护士等)	电话:	
其他联系人姓名:	电话:	
其他联系人姓名:	电话:	

家长或监护人签名

日期

医疗供应者签名

日期



家庭教育权利和隐私法案 (FERPA) 赋予的权利的通知

家庭教育权利和隐私法案 (FERPA) 就学生的教育记录赋予家长和年满18岁或18岁以上的学生 (“有资格的学生”) 一定的权利。这些权利包括以下的:

(1) 在华府公立学校 (DCPS) 收到查阅记录要求后的 45

天内, **检查和审查学生教育记录的权利**。家长或者有资格的学生应该向学校校长递交一份指明他们想要查阅的档案的书面要求。学校校长或者其他有关的学校领导将会做出查阅的安排并通知家长或者有资格的学生查阅记录的时间和地点。

(2) 如果家长或者有资格的学生认为学生的教育档案不准确、令人误解、或违反了家庭教育权利和隐私法案 (FERPA)

赋予学生的隐私权, **他们有要求修改的权利**。家长或者有资格的学生可以写信给校长, 清楚地表明他们想要更改的记录的部分, 并阐明应该修改的原因。如果华府公立学校决定不按照家长或者有资格的学生要求修改记录, 学校将通知家长或者有资格的学生这一决定, 并告知他们有权利参与与修改要求相关的听证会。当通知家长或者有资格的学生有权参加听证会时, 关于听证会程序的额外的信息也将提供给他们。

(3) 除了家庭教育权利和隐私法案 (FERPA) 授予的无需征求同意即可直接公布学生个人信息的范围之外, **同意公布 (书面) 学生教育记录中个人信息**的权利。例如, 家庭教育权利和隐私法案 (FERPA) 允许无需征求同意即可直接公布给华府公立学校确定的、有正当教育权益的学校官员。学校官员是指受雇于华府公立学校的管理者、主管、老师、或支持工作的员工 (包括健康或医务人员和执法单位人员); 华府公立学校签约执行特殊任务的人或公司 (例如律师、审计员、医疗顾问或治疗师); 或学生正要或想要或已经注册的另外一个学校系统的学校官员; 或服务于官方委员会如纪律或申诉委员会的家长或学生或其他义工, 或协助另外一个学校官员执行他或她的任务。如果学校官员为履行他或她的专业职责而需要查阅一份教育记录, 那么这位官员就拥有正当的教育权益。

(4) **不公布通讯录信息的权利**。华府公立学校可酌情公布基本的“通讯录信息”, 根据华府法律和家庭教育权利和隐私法案 (FERPA) 的条款, 这些信息不被视为有害或未经家长或者有资格的学生同意而侵犯了隐私权。通讯录信息包括:

- | | |
|-------------------|----------------|
| A. 学生的姓名 | F. 运动队成员的体重和身高 |
| B. 学生的地址 | G. 获得的毕业证书和奖励 |
| C. 学生的电话目录 | H. 学生的出生日期和地点 |
| D. 就读学校的名称 | I. 以前就读学校的名称 |
| E. 参与官方认可的活动和体育运动 | J. 入学的日期 |

家长或有资格的学生可以通过下面两种方式指示华府公立学校不公布任何一项或所有上述信息: (i) 填写“学生通讯录信息的公布 (Release of Student Directory Information)”表。表格在网站www.dcps.dc.gov/enroll或地方学校可获得; 或者 (ii) 以书面通知位于1200 First St NE, 12th楼, Washington, DC 20002的数据与责任办公室 (Office of Data and Accountability)。公布表格或者书面申请必须在该通知公布之后的30天之内提供。

(5) 指控华府公立学校没有履行家庭教育权利和隐私法案 (FERPA) 的规定, 向美国教育部 (U.S. Department of Education) **提出申诉的权利**。负责执行家庭教育权利和隐私法案 (FERPA) 的办公室的名称和地址如下:

Family Policy Compliance Office, U.S. Department of Education, 400 Maryland Avenue, SW, Washington, DC 20202。