(Vietnamese)

# CHỨNG CHỈ KHÁM SỨC KHỎE TỔNG QUÁT CỦA D.C.

(DISTRICT OF COLUMBIA UNIVERSAL HEALTH CERTIFICATE)

**Phần 1: Thông Tin Cá nhân Trẻ Em** — **Phụ Huynh/Giám Hộ:** ***Xin điền rõ ràng và hoàn tất Phần 1 & ký tên vào Phần 5 dưới đây.***

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| *Họ của Trẻ Em:* | *Tên và Tên Lót của Trẻ Em:* | *Ngày Sinh:* | *Phái tính:* ❑ Nam ❑ Nữ | *Chủng tộc/Dân tộc:* ❑ Trắng không phải Tây Ban Nha ❑ Đen không phải Tây Ban Nha ❑ Tây Ban Nha ❑ Á Châu hay Các Đảo Thái Bình Dương ❑ Khác hơn _____ |
| *Tên của Phụ huynh hoặc Giám hộ:* | *Số Điện Thoại:* ❑ Nhà ❑ CầmTay ❑ Sở Làm | *Địa chỉ Nhà:* | | *Phường:* |
| *Tên Người Cần Liên lạc Trường hợp Khẩn cấp:* | *Số Điện Thoại Trường hợp Khẩn cấp:* ❑ Nhà ❑ CầmTay ❑ Sở Làm | *Thành phố/Tiểu bang (nếu khác hơn D.C.)* | | *Mã Số Bưu điện:* |
| *Tên Trường Học hay Cơ Sở Chăm Sóc Trẻ Em (Nhà Trẻ):* | ❑ Trợ cấp Y tế ❑ Bảo hiểm Tư ❑ Không có Bảo hiểm<br>Tên Hãng Bảo Hiểm/Số ID _____ | | | *Tổ chức Chăm sóc Sức khỏe Chính (PCP):* |

**Phần 2: Tiểu Sử Y tế, Khám Sức Khỏe Của Trẻ Em & Các Đề Nghị** — **Chuyên Viên Y Tế: Đơn Phải Được Điền Hoàn Tất.**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| NGÀY KHÁM SỨC KHỎE: | WT: (CÂN NẶNG) ❑ LBS ❑ KG | HT: (CHIỀU CAO) ❑ IN ❑ CM | BP: (lớn hơn 3 tuổi) (HUYẾT ÁP) ❑ NML (BÌNH THƯỜNG) ❑ ABNL (KHÔNG BÌNH THƯỜNG) | Body Mass Index (BMI) Chỉ số Khối lượng Cơ thể (lớn hơn 2 tuổi) % |
| HGB / HCT *(Bắt buộc đối với trẻ em dưới 6 tuổi)* | Khám Thị giác (Mắt) Mắt phải 20/__ Mắt trái 20/ __ | ❑ Mắt kính ❑ Đề nghị ❑ Chưa xong | Khám Thính Giác (Tai) Pass (Đạt)__ Fail (Không đạt) __ | ❑ Thiết bị ❑ Đề nghị ❑ Chưa xong |

| QUAN TÂM về SỨC KHỎE: | | | ĐƯỢC ĐỀ NGHỊ hay ĐIỀU TRỊ | QUAN TÂM về SỨC KHỎE: | | | ĐỀ NGHỊ hoặc ĐIỀU TRỊ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Asthma (Suyễn) | ❑ NONE (KHÔNG) | ❑ YES (CÓ) | ❑ Referred (Đề nghị) ❑ Under Rx (Đang Uống Thuốc) | Language/Speech (Ngôn ngữ/Tiếng nói) | ❑ NONE (KHÔNG) | ❑ YES (CÓ) | ❑ Referred (Đề nghị) ❑ Under Rx (Đang Uống Thuốc) |
| Seizure (Co giật) | ❑ NONE (KHÔNG) | ❑ YES (CÓ) | ❑ Referred (Đề nghị) ❑ Under Rx (Đang Uống Thuốc) | Development/Behavioral (Phát triển/Hành vi Hạnh kiểm) | ❑ NONE (KHÔNG) | ❑ YES (CÓ) | ❑ Referred (Đề nghị) ❑ Under Rx (Đang Uống Thuốc) |
| Diabetes (Tiểu đường) | ❑ NONE (KHÔNG) | ❑ YES (CÓ) | ❑ Referred (Đề nghị) ❑ Under Rx (Đang Uống Thuốc) | Khác hơn: _____ | ❑ NONE (KHÔNG) | ❑ YES (CÓ) | ❑ Referred (Đề nghị) ❑ Under Rx (Đang Uống Thuốc) |

**KHÁM NHA SĨ HÀNG NĂM**: Đứa trẻ có đi Nha sĩ/Tổ chức cung cấp Nha khoa năm vừa qua không? ❑Có ❑Không ❑Đề nghị ❑Bọc chất Flouride Ngày: _____

**A. Quá trình bệnh sử, điều kiện sức khỏe, bệnh về tiếng nói/trao đổi thông tin, hay sự hạn chế nào có ảnh hưởng đáng kể, rõ ràng đến trường học, nhà trẻ, các sinh hoạt thể thao, hoặc nơi cắm trại.**

**❑ NONE (KHÔNG) ❑ YES (CÓ), xin cho biết chi tiết:**

_____

**B. Các dị ứng đáng kể, rõ ràng về thức ăn/thuốc men/môi trường, đòi hỏi có sự *chăm sóc y tế khẩn cấp* ở trường học, nhà trẻ, cắm trại, hoặc các sinh hoạt thể thao.**

**❑ NONE (KHÔNG) ❑ YES (CÓ), xin cho biết chi tiết:**

_____

**C. Nhu cầu dùng thuốc lâu dài, thuốc bán tự do ngoài quầy (OTC) hoặc phải chăm sóc đặc biệt. ❑ NONE (KHÔNG) ❑ YES (CÓ), xin cho biết chi tiết (Đối với bất kỳ thuốc men hay điều trị nào đòi hỏi trong suốt giờ học ở trường, cần phải nộp Kế hoạch Dùng Thuốc của Chuyên viên Y Tế có Giấy Phép Hành Nghề hoặc Giấy Cho Phép Dùng Thuốc (Licensed Health Practitioner's Medication Plan or Medication Authorization Order) cùng với đơn này).**

_____

**Phần 3: Thẩm Định và Thử Nghiệm Sự Nguy Hiểm Tiếp xúc với Chất Chì và Bệnh Lao:**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| THẨM ĐỊNH NGUY HIỂM TB: | ❑ CAO → ❑ THẤP | Thử Lao Ngoài Da (TST) NGÀY: | ❑ ÂM TÍNH ❑ DƯƠNG TÍNH | Nếu **TST** Dương tính ❑ CXR ÂM TÍNH ❑ CXR DƯƠNG TÍNH ❑ ĐÃ ĐIỀU TRỊ | **Nhân viên Y tế:** Với TST dương tính, cần phải đề nghị một sự thẩm định với PCP. Nếu có thắc mắc, xin gọi: T.B. Control: **202-698-4040.** |
| NGUY HIỂM TIẾP XÚC VỚI CHÌ: | NGÀY THỬ NGHIỆM CHẤT CHÌ: | | KẾT QUẢ: | **Tổ chức/Chuyên viên Y tế:** *TẤT CẢ* mức độ chì đều phải báo cáo cho Chương trình DC Phòng ngừa Trẻ em Nhiễm độc Chì (DC Childhood Lead Poisoning Prevention Program) Fax: **202-535-2607** | |

**Phần 4: Đòi Hỏi Chuyên viên Y Tế Có Bằng Hành Nghề Chứng Nhận và Ký Tên**

**❑ CÓ ❑ KHÔNG Trẻ em này đã được khám & duyệt xét qua bệnh sử một cách thích đáng và có ghi nhận vào các mục đặc trưng trong đơn này. Vào lúc kiểm tra, trẻ em này có đầy đủ sức khỏe đáp ứng để tham gia vào tất cả các sinh hoạt của trường học, cắm trại, và nơi chăm sóc trẻ em (nhà trẻ), ngoại trừ những điều được ghi trên đây.**

**❑ CÓ ❑ KHÔNG Học sinh được chơi/tranh tài thể thao.**

**❑ CÓ ❑ KHÔNG Khám sức khỏe thích ứng với số tuổi được tiến hành trong phạm vi của năm hiện tại. Nếu không, xin giải thích:**

_____

_____

| | | |
|---|---|---|
| Viết Tên Chữ In | Chữ Ký của Bác Sĩ/Y Tá Chuyên Môn | Ngày |
| Địa Chỉ | Điện Thoại | Fax |

**Phần 5: Đòi Hỏi phải có Chữ Ký của Phụ Huynh/Giám Hộ. (Đồng ý cho Phổ Biến Tin Tức Y Tế/Miễn trừ trách nhiệm dân sự)**

*Tôi cho phép chuyên viên khám sức khoẻ hay cơ quan y tế ký tên trong đơn được chia sẻ thông tin y tế trong đơn này với trường học của con tôi, nơi chăm sóc trẻ em/nhà trẻ, nơi cắm trại; hoặc Cơ quan Chính quyền DC thích hợp. Ngoài ra, tôi thừa nhận và đồng ý rằng Quận, trường học, nhân viên và các cơ quan sẽ được miễn trừ từ trách nhiệm dân sự đối với hành vi hay thiếu sót theo Bộ Luật DC 17-107, ngoại trừ đối với hành vi phạm tội, sai trái cố ý, cẩu thả quá đáng, hoặc hành vi cố ý.*

**Viết Tên Chữ In** **Chữ Ký** **Ngày**

# CHỨNG CHỈ KHÁM SỨC KHOẺ TỔNG QUÁT CỦA D.C

(DISTRICT OF COLUMBIA UNIVERSAL HEALTH CERTIFICATE)

**Họ của Học Sinh:** **Tên của Học Sinh:** **Ngày Sinh:**

**Mục 1: Chích ngừa: Xin điền vào hoặc đính kèm giấy tờ tương đương có chữ ký và ngày tháng của chuyên viên y tế có bằng hành nghề:**

| CHÍCH NGỪA | NGÀY HOÀN TẤT CÁC LIỀU LƯỢNG CHÍCH NGỪA (tháng, ngày, năm) | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Bạch hầu, Uốn ván, Ho gà (DTP,DTaP) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| DT (nhỏ hơn 7 tuổi)/ Td (lớn hơn 7 tuổi) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| Tdap Booster (Tdap) (Chích tăng cường Tdap) | 1 | | | | | | |
| Cúm Loại b (Hib ) | 1 | 2 | 3 | 4 | | | |
| Viêm gan B (HepB) | 1 | 2 | 3 | 4 | | | |
| Tê liệt (IPV, OPV) | 1 | 2 | 3 | 4 | | | |
| Sởi, Quai bị, Ban đỏ (MMR) | 1 | 2 | | | | | |
| Sởi (Measles) | 1 | 2 | | | | | |
| Quai bị (Mumps) | 1 | 2 | | | | | |
| Ban đỏ (Rubella) | 1 | 2 | | | | | |
| Thủy đậu (Đậu mùa) (Varicella) | 1 | 2 | Tiểu sử Bệnh Thuỷ Đậu: Có Khi nào: Tháng _____ Năm _____ Xác nhận do: _____(Chuyên Viên Y Tế) Tên và Chức vụ | | | | |
| Pneumococcal Conjugate (Viêm phổi phế cầu khuẩn) | 1 | 2 | 3 | 4 | | | |
| Viêm gan A (HepA) (Sinh từ 01/01/2005 trở đi) | 1 | 2 | | | | | |
| Chích ngừa viêm màng óc (Meningococcal Vaccine) | 1 | | | | | | |
| Vi Khuẩn Sinh Thịt U (Human Papillomavirus (HPV) | 1 | 2 | 3 | | | | |
| Cúm (Đề nghị) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Rotavirus (Đề nghị)- Vi khuẩn Rota gây tiêu chảy | 1 | 2 | 3 | | | | |
| Các loại khác | | | | | | | |

_____ _____ _____

Chữ ký của Chuyên viên Y tế có bằng Hành Nghề — Viết Tên bằng chữ in hoặc Đóng dấu — Ngày

**Mục 2: MIỄN TRỪ Y TẾ. Phần Dành Cho Tổ Chức Cung ứng Dịch Vụ Chăm Sóc Y tế / Chuyên Viên Y tế có bằng hành nghề Điền vào.**

Tôi xác nhận rằng học sinh có tên trên đây, vào lúc này, có sự chống chỉ định về việc chích ngừa dưới đây (tức là những tình trạng mà việc chủng thuốc này có thể gây nguy hiểm cho bệnh nhân): (đánh dấu vào tất cả phần áp dụng)

Bạch hầu (Diphtheria): ( ) Uốn ván (Tetanus): ( ) Ho gà (Pertussis): ( ) Hib: ( ) Viêm gan B (HepB): ( ) Tê liệt (Polio): ( ) Sởi (Measles): ( ) Quai bị (Mumps): ( ) Ban Sởi (Rubella): ( ) Thủy đậu/Đậu mùa (Varicella): ( ) Nhiễm trùng phổi (Pneumococcal): ( ) Viêm gan A (HepA): ( ) Viêm màng óc (Meningococcal): ( ) Vi khuẩn Sinh Thịt U (HPV): ( )

Lý do: _____

Đây là sự kiện vĩnh viễn (_____) hoặc tạm thời (_____) cho đến ngày ____/____/____.

_____ _____ _____

Chữ ký của Chuyên viên Y tế Có Bằng Hành Nghề — Viết Tên bằng chữ in hoặc đóng dấu — Ngày

**Mục 3: Bằng Chứng Tương Ứng về Sự Miễn Dịch. Do Chuyên viên Y tế có bằng Hành Nghề hoặc Tổ chức Y tế điền vào**

Tôi chứng nhận rằng học sinh có tên trên đây đã có bằng chứng xét nghiệm về sự miễn dịch: (Đánh dấu tất cả các phần áp dụng và kèm theo giấy kết quả mẫu máu):

Bạch hầu (Diphtheria): ( ) Uốn ván (Tetanus): ( ) Ho gà (Pertussis): ( ) Hib: ( ) Viêm gan B (HepB): ( ) Tê liệt (Polio): ( ) Ban sởi (Measles): ( ) Quai bị (Mumps): ( ) Sởi (Rubella) ( ) Thủy đậu/Đậu mùa (Varicella): ( ) Nhiễm trùng phổi (Pneumococcal): Viêm gan A (HepA): ( ) Viêm màng óc (Meningococcal): ( ) Vi khuẩn Sinh Thịt U (HPV): ( )

_____ _____

Chữ ký của Chuyên viên Y tế có Bằng Hành Nghề — Viết Tên bằng chữ in hoặc đóng dấu — Ngày