

Ngày 1 tháng Tư 2014

Các Gia Đình Học Sinh DCPS thân mến,

Để quý vị chuẩn bị ghi tên cho con em vào các Trường Công Lập DC (DCPS) Năm Học 2014-2015, tôi xin được chia sẻ một số tin tức hào hứng về sự tiến triển mà chúng tôi đã làm với hệ thống trường học, và các cải tiến mà chúng tôi đang hoạch định cho năm học sắp tới đây.

Trước nhất, các học sinh của chúng ta đang tiến bộ đáng kể về học tập. Với một học trình mới mạnh mẽ và các nhà giáo dục vượt trội, nếu nhìn vào, quý vị sẽ thấy các em đã có những tiến triển trong mọi mặt. DC đã đi nhanh hơn các tiểu bang khác trong Lượng Định Quốc Gia về Tiến Bộ Giáo Dục (National Assessment of Educational Progress - NAEP), "Phiếu Điểm Quốc Gia" ("Nation's Report Card"). Và điểm số của chúng ta trong kỳ thi này đã chưa bao giờ cao hơn như thế. Đây là những tin tức phấn khởi, phản ánh việc học hành chăm chỉ của các học sinh và công sức của thầy cô giáo, và nhấn mạnh vào quyết tâm của chúng ta là cung cấp cho học sinh một học trình nghiêm túc và sự giảng dạy trong lớp học với trình độ thế giới mà các em xứng đáng được hưởng nhận, cũng như cần thiết để thành công trên đại học và đời sống.

Thứ hai, chúng tôi đang đầu tư vào các trường học như chưa bao giờ có trước đây. Vài năm trước, chúng tôi đã chi phí hàng trăm triệu mỹ kim để hiện đại hóa các cơ sở trường, chúng tôi đã lời cuốn, tuyển dụng, lưu giữ các nhà giáo dục giỏi, chúng tôi cũng đã cung cấp cho học sinh các nguồn liệu cần thiết để các em có thể thành công và hứng thú học tập. Trong năm học tới, chúng tôi sẽ cho \$5 triệu đồng cho các giải thưởng Chứng Tỏ Những Gì Có Thể (Proving What's Possible - PWP) Làm Thỏa Đáng Cho Học Sinh, qua đó các trường học có thể nộp đơn xin trợ cấp để giúp làm cho nhà trường trở nên hứng thú hơn đối với các học sinh. Chúng tôi sẽ kéo dài ngày học ở một số trường để học sinh có thêm giờ học tập. Như tất cả đã nói, có hơn \$50 triệu đồng được trực tiếp dành cho các trường học trong năm học tới. Tôi rất phấn khởi muốn thấy các trường học của chúng ta có thể làm những gì với phần thưởng mới này, và các trường sẽ mở rộng các chọn lựa như thế nào để làm cho trường học thêm vui vẻ và nhiều hào hứng đối với các học sinh.

Cuối cùng, tiếp tục công việc của chúng ta hướng về việc mang đến các kinh nghiệm học tập có phẩm chất cao cho tất cả học sinh đã tăng thêm hứng thú và chú tâm vào hệ thống học đường của chúng ta. Năm nay, chúng tôi đã thấy có sự gia tăng trong việc ghi tên, với nhiều và nhiều hơn các gia đình trong Học khu đang chọn các trường học của chúng ta. Rõ ràng là chúng ta đang đi lên, và hơn cả sự trông đợi của tôi khi thấy quý vị và gia đình đã quyết định để gia nhập vào với chúng tôi.

### Tại sao ghi tên sớm là quan trọng?

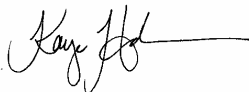
Việc ghi tên sớm giúp chúng tôi kế hoạch được con số học sinh của mỗi trường, qua đó giúp chúng tôi tuyển dụng số thầy cô giáo thích hợp và đặt mua đúng số sách giáo khoa cũng như dụng cụ học sinh. Sau cùng, việc ghi tên sớm còn giúp chúng tôi khai giảng năm học mới được thuận lợi tốt đẹp. Sau đây là một số ngày ghi tên quan trọng:

- **1 tháng Tư:** Bắt đầu ghi tên.
- **1 tháng Năm:** Hạn chót để các gia đình nộp tập hồ sơ ghi tên qua chương trình Xổ số Chung.
- **20 tháng Sáu:** Hạn chót để ghi tên (phải nộp lại tất cả các đơn trong tập hồ sơ ghi tên học cho trường con em năm học 2014-2015).

Xin điền đầy đủ các đơn đính kèm và mang nộp tại trường học của con em càng sớm càng tốt. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, xin đừng ngần ngại liên lạc trực tiếp với trường học của con em, hoặc Văn Phòng Ghi Tên và Ngân Sách Trường Học số 202-478-5738.

Cám ơn quý vị đã chọn lựa cho con em đến học tại một trong các trường học của chúng tôi năm học 2014-2015. Tôi rất trông đợi để tham gia vào năm học mới này, và vô cùng khích lệ được cùng làm việc với quý vị để đáp ứng nhu cầu học tập của con em.

Nay kính,



Kaya Henderson  
Tổng Quản Trị  
(Chancellor)

## Chào Mừng Quý Vị Đến Với Năm Học 2014-2015!

### Đơn Ghi tên và Kiểm Tra Sức Khỏe Học Sinh:

- Các đơn ghi tên có in sẵn các thông tin đã nộp trước đó của con em. Nếu các thông tin này có đổi khác hoặc không đúng, xin quý vị sửa thẳng vào đơn và duyệt lại các thông tin này với hiệu trưởng/nhân viên ghi tên ở trường.
- Quý vị có thể tìm thấy các mẫu đơn này trên mạng trực tuyến tại [www.dcps.dc.gov/enroll](http://www.dcps.dc.gov/enroll). (Các bản dịch có sẵn bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Pháp, tiếng Trung Hoa, tiếng Việt và tiếng Am-ha-ric).
- Để có danh sách chọn lựa các trường chuyển cấp/trường nhận, giúp quý vị biết trường mới của con em, xin viếng trang mạng [www.dcps.dc.gov/enroll](http://www.dcps.dc.gov/enroll).

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về việc hoàn tất tập hồ sơ ghi tên cho con em, xin đừng ngần ngại liên lạc trực tiếp với trường học của con em hoặc gọi cho Nhóm Trả Lời Tin Tức của Tổng Quản Trị (Chancellor's Response Team) số 202-478-5738.

<b>Đơn Ghi tên và Kiểm Tra Sức Khỏe Học Sinh Năm học 2014-2015:</b> Dưới đây là bảng liệt kê tất cả các đơn có trong tập Hồ Sơ Ghi tên cho con em, năm học 2014-2015. <b>Để hoàn tất tiến trình ghi tên, phụ huynh phải nộp cho trường con em sẽ đi học trong năm học 2014-2015 tất cả các đơn có chữ "Bắt buộc"</b>		Phụ huynh/ Giám Hộ <input type="checkbox"/>	Nhân viên Trường Học <input type="checkbox"/>
<b>Các Yêu cầu Bắt Buộc</b>	Tất cả các học sinh ghi tên vào DCPS phải nộp lại tất cả các đơn dưới đây cho trường năm học 2014-2015, trước ngày 20 tháng Sáu 2014 (hoặc ngày 1 tháng Năm 2014, cho các học sinh nhận được chỗ thông qua chương trình Xổ Số của Trường DC (My School DC Lottery)).  <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Đơn Ghi tên Học Sinh Hàng Năm (Annual Student Enrollment Form)</b> (Bắt buộc).....Trang 3</li> <li>• <b>Hướng Dẫn Xác Minh Cư Ngụ (Residency Verification Guidelines)</b> (Các mẫu đơn cần có chữ ký của quý vị có sẵn tại trường con em – Bắt buộc) .....Trang 4</li> <li>• <b>Bản Thăm Dò Ngôn Ngữ Dùng Ở Nhà (Home Language Survey)</b> (Bắt buộc).....Trang 5</li> <li>• <b>Các Mẫu Đơn Đồng Ý/Cho Phép</b>.....Trang 7 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Phổ biến Thông tin tới các Phương tiện Truyền thông</b> (Tất cả các Học sinh, Bắt buộc)</li> <li>▪ <b>Không cho Phổ biến Thông tin tới Trạm Tuyển Mộ Tân Binh</b>(CHỈ các lớp 7-12, Tùy ý)</li> </ul> </li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Xác minh Tuổi CHO các học sinh MỚI</b>	Các học sinh MỚI của DCPS phải nộp TẤT CẢ các đơn đề cập ở phần trên, cùng với:  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chứng từ chứng minh tuổi tác. Xin mang đến MỘT trong những chứng từ sau đây: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Giấy Khai Sinh</li> <li>▪ Hồ sơ của Bệnh viện</li> <li>▪ Hồ sơ Học sinh của trường học trước đó</li> <li>▪ Hộ chiếu</li> <li>▪ Chứng chỉ Rửa Tội (Baptismal Certificate)</li> </ul> </li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Thông tin và các Mẫu Đơn Y tế</b>	Các đơn có chữ "Bắt buộc" phải được tổ chức cung cấp y tế điền vào và phụ huynh nộp lại cho trường lúc ghi tên cho học sinh:  <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Danh sách Kiểm lại Hồ Sơ Y Tế</b>.....Trang 9</li> <li>• <b>Các Yêu Cầu Bắt buộc về Chích Ngừa Năm học 2014-2015, DCPS</b>.....Trang 10</li> <li>• <b>Đơn và Hướng Dẫn về Chứng Nhận Khám Sức Khỏe Tổng Quát của DC</b> (Bắt buộc).....Trang 12</li> <li>• <b>Đơn Lượng Định Sức Khỏe Răng Hàm của DC</b> (Bắt buộc).....Trang 16</li> <li>• <b>Thông tin về Vi khuẩn HPV</b> (CHỈ các lớp 6-11).....Trang 18</li> <li>• <b>Chứng chỉ Xin Bãi Miễn – Không Chích Ngừa HPV</b> (Tùy ý).....Trang 19</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Các Đơn Tùy Ý</b>	Các đơn hoặc các thông tin tùy ý, không bắt buộc phải nộp lúc đến ghi tên cho con em:  <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Thông báo về Đơn Nộp cho Các Bữa Ăn Miễn Phí và Giảm Giá (FARM)</b>.....Trang 20</li> <li>• <b>Đơn Học sinh xin Điều chỉnh với Nhu cầu Thức Ăn Đặc biệt</b>.....Trang 21</li> <li>• <b>Thông báo về Đạo Luật Bảo vệ Quyền Riêng Tư và Giáo Dục Gia Đình (FERPA)</b>.....Trang 22</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Phụ huynh/Giám Hộ Ký tên và Đề Ngày

Viên chức Trường Học Ký tên và Đề Ngày

**ĐƠN HỌC SINH GHI TÊN HỌC HÀNG NĂM**  
Năm học 2014 - 2015

Lớp Trong Năm Học 2014 - 2015:

Tên Trường Năm Học 2014 - 2015: \_\_\_\_\_

Số Thẻ Học Sinh DCPS (ID #): \_\_\_\_\_

(Xin viết tất cả bằng chữ in)

**THÔNG TIN VỀ HỌC SINH**

1. Họ của Học Sinh		2. Tên của Học Sinh		3. Tên Lót viết tắt	4. Quốc gia Nơi Sinh	5. Ngày Sinh
6. Địa chỉ Nhà				7. Số phòng	8. Số Điện thoại Nhà	
9. Thành phố			10. Tiểu bang		11. Mã số Bưu điện	
12. Phái tính của Học sinh: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời				13. (Các) Ngôn ngữ Học sinh Nói ở Nhà:		
14. Tên của Trường học Trước Đó:		Ngày Đi Học Trước Đó:		Địa chỉ của Trường học trước đó:		
<input type="checkbox"/> Trường Tư Thục <input type="checkbox"/> Trường Công lập <input type="checkbox"/> Trường Bán Công <input type="checkbox"/> Trường Khác		Tháng/Ngày/Năm		Thành phố	Tiểu bang	Mã số Bưu điện
15. Thông tin về Bảo hiểm Sức khỏe hay Nhận Trợ giúp Y tế (Medicaid) Tên Hãng Bảo hiểm: _____ Số Bảo hiểm: _____ Liệt kê bất kỳ tình trạng sức khỏe nào của con em mà nhà trường nên biết:				Nếu là học sinh mới của DCPS, xin quý vị xác định cho dù con em có hay không có Chương trình Học tập Cá nhân ( IEP) <b>Có</b> <input type="checkbox"/> <b>hoặc Không</b> <input type="checkbox"/> Nếu có, cho biết ngày duyệt lại hồ sơ IEP: _____  Kế hoạch Phương tiện Đặc biệt theo Điều khoản 504 (Section 504 Accommodation Plan) <b>Có</b> <input type="checkbox"/> <b>hoặc Không</b> <input type="checkbox"/>		
16. Tên Anh Chị Em ruột của Học sinh		A.	B.		C.	
Tên Trường của Anh Chị Em ruột						
17. Xác định Dân tộc: <input type="checkbox"/> Tây ban nha/Châu Mỹ la tinh <input type="checkbox"/> Không phải Tây ban nha/Châu Mỹ la tinh				17b. Chủng tộc – xin chọn một hay hơn <input type="checkbox"/> Mỹ Đen/Phi châu <input type="checkbox"/> Dân bản xứ Hawaii/Các Bán Đảo Thái bình dương <input type="checkbox"/> Dân bản xứ Mỹ da đỏ/ Alaska <input type="checkbox"/> Á châu <input type="checkbox"/> Trắng		

**THÔNG TIN VỀ PHỤ HUYNH/GIÁM HỘ VÀ NGƯỜI PHỤ DƯỠNG \***

18. Tên Phụ huynh hoặc Giám hộ		Liên hệ	<input type="checkbox"/> Quản nhân Hiện dịch <input type="checkbox"/> Quản nhân Trừ bị	19. Tên Phụ huynh hoặc Giám hộ		Liên hệ	<input type="checkbox"/> Quản nhân Hiện dịch <input type="checkbox"/> Quản nhân Trừ bị
Địa chỉ Nhà			Số Phòng	Địa chỉ Nhà			Số phòng
Thành phố	Tiểu bang	Mã số Bưu điện		Thành phố	Tiểu bang	Mã số Bưu điện	
Địa chỉ Thư Điện Tử (Email)		Muốn được liên lạc bằng ngôn ngữ		Địa chỉ Thư Điện Tử (Email)		Muốn được liên lạc bằng ngôn ngữ	
Số Điện thoại Tay		Số Điện thoại Sở làm		Số Điện thoại Tay		Số Điện thoại Sở làm	
Tên Sở làm và Địa chỉ				Tên Sở làm và Địa chỉ			
Thành phố	Tiểu bang	Mã số Bưu điện		Thành phố	Tiểu bang	Mã số Bưu điện	

**THÔNG TIN LIÊN LẠC BẰNG THƯ ĐIỆN TỬ (EMAIL) VÀ BẰNG TIN NHẮN (TEXT MESSAGE) QUA ĐIỆN THOẠI \***

20. <input type="checkbox"/> Tôi muốn nhận thư điện tử (email) từ hiệu trưởng trường con tôi và của DCPS tại địa chỉ ghi ở trên HOẶC LÀ theo địa chỉ dưới đây. Địa chỉ thư điện tử (Email): _____ @ _____		<input type="checkbox"/> Tôi muốn nhận được tin nhắn (text message) của DCPS qua số điện thoại ghi trên HOẶC LÀ qua số điện thoại dưới đây. Tôi hiểu rằng có thể tôi phải trả tiền cho phần tin nhắn và dữ liệu theo tiêu chuẩn. Số điện thoại cầm tay ( ) _____	
--	--	---	--

**TRƯỜNG HỢP KHẨN CẤP**

21. Tên người cần liên lạc trong trường hợp khẩn cấp (khác hơn phụ huynh/giám hộ)		Liên hệ	Số Điện thoại Nhà ( ) _____	Số Điện thoại Sở làm ( ) _____
Địa chỉ		Thành phố	Tiểu bang	Mã số Bưu điện
			Số Điện thoại Tay ( ) _____	

**TÌNH TRẠNG CƯ NGỰ (ĐÁNH DẤU KIỂM VÀO MỘT Ô )**

22.  Cư dân D.C. (Học sinh và phụ huynh hoặc giám hộ cư ngụ trong D.C.)  Không phải là cư dân D.C.

**TÌNH TRẠNG NHÀ Ở (ĐÁNH DẤU KIỂM VÀO MỘT Ô )**

<input type="checkbox"/> Thường trú	<input type="checkbox"/> Khách sạn/Nhà trọ	<input type="checkbox"/> Ở với nhiều gia đình trong một căn nhà	<input type="checkbox"/> Chờ đợi được nhận làm con nuôi
<input type="checkbox"/> Nhà tạm trú	<input type="checkbox"/> Không ở nhà tạm trú	<input type="checkbox"/> Ở nhà cha mẹ nuôi	<input type="checkbox"/> Thiếu niên không ở với người lớn

\* DCPS chấp thuận các thông tin/dữ liệu có trong bản Hồ sơ Học Sinh Ghi tên Học (Student Enrollment Profile) sẽ được bảo mật (giữ kín) và chỉ được sử dụng trong mục đích chính đáng của Các Trường Công lập DC (DCPS).

Tôi đã điền hoàn tất đơn này và tôi xác nhận rằng các thông tin ở trên là chính xác. Tôi hiểu rằng cung cấp những thông tin sai lệch với mục đích lừa dối chính quyền sẽ bị luật pháp trừng trị. Đơn không được ký trước ngày 1 tháng Tư. Thông tin cung cấp trong đơn này phải thống nhất/phù hợp với nhau trong toàn bộ hồ sơ ghi tên cho học sinh.

\*Chữ ký của Phụ huynh/Giám hộ Học sinh đang ở cùng nhà hoặc chữ ký của học sinh 18 tuổi trở lên.

Ngày \_\_\_\_\_

## HƯỚNG DẪN VỀ XÁC MINH CƯ NGỰ

Mỗi năm học, các phụ huynh/giám hộ hoặc người phụ dưỡng bắt buộc phải nộp xác minh cư ngụ trong DC cho từng học sinh khi đến ghi tên cho con em. Những hướng dẫn sau đây cung cấp cho quý vị một cái nhìn tổng quát về các chứng từ/giấy tờ đòi hỏi cần thiết để chứng minh cư ngụ trong Quận D.C. cho Năm Học 2014 -2015.

Người phụ dưỡng (hay người chăm sóc chính) cũng bắt buộc phải xuất trình những chứng từ chứng thực là đủ điều kiện để ghi tên và xác minh nơi cư ngụ cho học sinh. Xin kiểm lại với trường học địa phương để có danh sách các chứng từ đòi hỏi.

### Các Thủ Tục về Xác Minh Nơi Cư Ngụ

- Ôn định nơi cư ngụ trong vòng mười (10) ngày kể từ ngày đầu tiên đến ghi tên/đăng ký cho con em học. Việc xác minh này sẽ không tiến hành sớm hơn ngày 1 tháng Tư của năm học hiện hành (1 tháng Tư 2014).
- Mang đến *các chứng từ bản chính* cho nhân viên trường học để làm bằng chứng về nơi cư ngụ. **Các chứng từ này phải có tên của người đến ghi tên cho học sinh như phụ huynh hay người giám hộ hợp luật. Theo luật định, nhà trường bắt buộc phải sao chụp lại các chứng từ bản chính cho mục đích kiểm toán.**
- Viên chức trường học sẽ đưa thêm một mẫu đơn xác minh cư ngụ và đơn này phải được ký bởi cùng người phụ huynh/giám hộ/người phụ dưỡng có tên trong tất cả các chứng từ được nộp lúc đến ghi tên cho con em.

Tình trạng cư ngụ sẽ được xác minh thông qua việc xuất trình đầy đủ các chứng từ đòi hỏi ở phần tùy chọn (1) hay (2) dưới đây. Quý vị có thể tìm trên mạng tại [www.dcps.dc.gov/enroll](http://www.dcps.dc.gov/enroll) bản mô tả đầy đủ chi tiết về các chứng từ cư ngụ được liệt kê dưới đây.

### NHỮNG CHỨNG TỪ ĐÒI HỎI ĐỂ CHỨNG MINH NƠI CƯ NGỰ (TÙY CHỌN 1)

MỘT TRONG NHỮNG CHỨNG TỪ/GIẤY TỜ SAU ĐÂY có tên và địa chỉ của quý vị đủ để xác minh cư ngụ trong D.C.:	
1. Một cuốn phiếu phát lương trong vòng 45 ngày, có địa chỉ của quý vị ở DC và có trừ thuế DC.	5. Chứng từ nhận trợ cấp tài chính của chính quyền DC
2. Giấy thông báo về Lợi tức An sinh Xã hội (SSI) hàng năm.	6. Bản sao của mẫu thuế D-40 do Sở Thuế vụ và Lợi tức chứng nhận.
3. Thư Xác minh và Giấy Cư Ngụ trong Khu Gia Binh; hoặc Giấy Tờ Trình DEERS.	7. Chứng minh đưa trẻ thuộc quyền giám hộ của Quận DC, dưới hình thức pháp lệnh của Tòa án.
4. Một thư của Tòa Đại Sứ cho biết Tòa Đại Sứ bảo trợ nhà ở trong DC, có đóng dấu của Tòa Đại sứ.	

### NHỮNG CHỨNG TỪ ĐÒI HỎI ĐỂ CHỨNG MINH NƠI CƯ NGỰ (TÙY CHỌN 2)

<i>Trường hợp thiếu những chứng từ được liệt kê ở phần tùy chọn 1, hai (2) trong những chứng từ/giấy tờ được liệt kê dưới đây đủ để chứng minh cư ngụ trong Quận D.C. Địa chỉ và tên họ trong các chứng từ này phải giống nhau.</i>	
1. Giấy đăng bộ/đăng ký xe của DC chưa hết hạn	3. Hợp đồng thuê hoặc mượn nhà chưa hết hạn với biên nhận đã trả tiền nhà trong vòng 2 tháng.
2. Bằng lái xe DC chưa hết hạn, hoặc là thẻ căn cước cấp cho người không lái xe.	4. Một hóa đơn tiện ích (chỉ nhận hóa đơn hơi đốt, điện và nước) với biên nhận đã trả tiền trong vòng 2 tháng.

Những chứng từ ghi trong Đơn Xác Minh Cư Ngụ (Residency Verification Form) và trong phần hướng dẫn này được chấp thuận để chứng minh cư ngụ trong quận DC, các chứng từ khác dùng để thay thế sẽ không được chấp thuận. Cho các câu hỏi hoặc hướng dẫn thêm, xin gọi cho Văn phòng Kiểm Tra Nơi Cư Ngụ của Học sinh – Văn phòng Ghi tên Học sinh & Ngân sách Trường học của DCPS (DCPS Office of Student Enrollment & School Funding- Student Residency Office), tại 1200 First St. NE, 9<sup>th</sup> Floor, số (202) 442-5215.

## 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?  
 No  Yes \_\_\_\_\_ (specify language)
2. Does your child communicate in a language other than English?  
 No  Yes \_\_\_\_\_ (specify language)
3. What is your relationship to the child?  
 Father  Mother  Guardian  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:**

- 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?  
 No  Sí \_\_\_\_\_ (idioma)
2. ¿Habla el estudiante un idioma que no sea el inglés?  
 No  Sí \_\_\_\_\_ (idioma)
3. ¿Cuál es su relación con el estudiante?  
 Padre  Madre  Guardián  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 ?  
 Non  Oui \_\_\_\_\_ (spécifiez la langue)
2. Votre enfant communique-t-il dans une langue autre que l'anglais ?  
 Non  Oui \_\_\_\_\_ (spécifiez la langue)
3. Quel est votre relation avec l'enfant ?  
 Père  Mère  Tuteur  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?  
 否  是 \_\_\_\_\_ (请指明语言)
2. 您的孩子会使用不是英语的另一种语言交流吗?  
 不会  会 \_\_\_\_\_ (请指明语言)
3. 您和孩子的关系是什么?  
 父亲  母亲  监护人  其它(请指明) \_\_\_\_\_

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?  
 Không  Có \_\_\_\_\_ (xin ghi rõ ngôn ngữ nào)
2. Con em quý vị có nói một ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh không?  
 Không  Có \_\_\_\_\_ (xin ghi rõ ngôn ngữ nào)
3. Xin cho biết liên hệ của quý vị với con em?  
 Cha  Mẹ  Giám hộ  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 thăm định trình độ thông thạo Anh ngữ.

**አማርኛ (Amharic)**

1. በቤትዎ ውስጥ ከእንግሊዘኛ ሌላ የሚነገር ቋንቋ ስለት?  
 የለም  አዎን \_\_\_\_\_ (ቋንቋውን ይጥቀሱ)
2. ልጅዎ ከእንግሊዘኛ ሌላ የሚነገር ቋንቋ ስለት?  
 የለም  አዎን \_\_\_\_\_ (ቋንቋውን ይጥቀሱ)
3. ስለጃ ደስዎት ዝምድና ምንድን ነው?  
 አባት  አናት  አሳዳጊ  ሌላ \_\_\_\_\_ (ይገልጹ)

ስፕሶቱ 1 ወይም 2 መልስዎ "አዎን" ከሆነ፣ የልጅዎ የእንግሊዘኛ ቋንቋ ቅልጥፍና ችሎታው ደረጃ እንዲገምገም ህጉ ይዛል።

**School Official's Comments:**

School Official Signature

Date

Parent/Guardian Signature

Date



## Giấy Đồng Ý và Cho Phép Được Thu Hình/Chụp Hình/Phỏng Vấn và Cho Phép Sử Dụng Hình Ảnh/Tiếng Nói của Học Sinh

Tôi tên là, Phu Huynh/Giám Hộ, cho phép (và không thay đổi) Các Trường Công lập trong Học khu DC (DCPS) và Quận DC, các nhân viên thừa hành và các nhân viên được chỉ định có quyền thu hình ảnh, tiếng nói, tác phẩm nghệ thuật hay bài viết của con tôi, Tên Học Sinh, trên băng hình (video), phim ảnh, hình chụp hay phương tiện truyền thông điện tử và trong bất cứ dạng điện tử nào khác hay trong phương tiện in ấn, và có thể sửa đổi (cắt, ghép nối) với sự cần trọng của những vị này.

Tôi hiểu rằng tên tuổi, địa chỉ và tin tức cá nhân của con tôi sẽ không được cho công chúng biết. Hơn nữa tôi cũng cho phép Các Trường Công lập trong Học khu DC (DCPS) và Quận DC, các nhân viên thừa hành hay các nhân viên được chỉ định có quyền sử dụng và cho phép những người khác dùng hình ảnh và/hay tiếng nói của con tôi trên mạng (internet), trong các tài liệu quảng bá thông tin, và trong bất kỳ phương tiện nào khác. Một lần nữa, tôi đồng ý cho phép sử dụng như đã nêu ở trên.

Nay, tôi cho phép Các Trường Công lập trong Học khu DC (DCPS), và Quận DC, những nhân viên thừa hành hay nhân viên được chỉ định, và bất kỳ người nào sử dụng hình ảnh, và/hay tiếng nói, tác phẩm nghệ thuật hay bài viết của con tôi, tôi sẽ không khiếu nại/kiện tụng bất cứ ai hay tất cả, hoặc đòi hỏi bồi thường những thiệt hại, những trách nhiệm pháp lý, những tổn kém và chi phí mà tôi hay con tôi hiện đang có hoặc sẽ có sau này, do việc sử dụng vừa nêu ở trên.

Tôi hiểu rằng những điều khoản trong bản đồng ý này có đầy đủ hiệu lực pháp lý (xin đánh dấu vào một ô).

Tôi đồng ý.  Tôi không đồng ý.

Tên của Cha, Mẹ/Giám hộ [viết bằng chữ in]

Chữ ký của Cha, Mẹ/Giám hộ Hợp Luật hoặc Học sinh (Trưởng thành)

Ngày

Tên Trường của Học Sinh

Lớp của Học Sinh

## Quyền Chọn Không Cho Phổ Biến/Tiết lộ Thông Tin tới Trạm Tuyển Mộ Tân Binh Quân Đội (Dành cho các Học sinh từ Lớp 7 đến Lớp 12 và các Học Sinh Không Cấp lớp)

Luật liên bang đòi hỏi các cơ quan giáo dục địa phương (LEAs) như các Trường Công lập trong Học khu DC (DCPS), phải cung cấp cho các trạm tuyển mộ tân binh quân đội, theo yêu cầu, tên, địa chỉ và số điện thoại của tất cả các học sinh Cấp Ba/Trung học Đệ Nhị Cấp), trừ phi cha, mẹ/giám hộ hợp pháp của học sinh (hoặc học sinh trưởng thành) có gởi thư thông báo cho LEA, không muốn các thông tin của học sinh được phổ biến/tiết lộ mà không có sự đồng ý trước bằng văn thư. Thông báo của cha, mẹ/giám hộ hợp pháp (hoặc học sinh trưởng thành) sẽ có hiệu lực trong vòng 30 ngày, kể từ ngày nhà trường ra thông báo về những quyền lợi này, và có thể hoàn tất bằng cách điền vào phần chọn lựa thích hợp dưới đây, ký tên và gởi hoàn lại đơn này cho DCPS.

Trong tư cách là một cha, mẹ/giám hộ hợp pháp của đứa trẻ có tên dưới đây, tôi yêu cầu DCPS không phổ biến/tiết lộ tên họ, địa chỉ, và số điện thoại của con tôi cho các Quân lực, đội tuyển mộ tân binh, trường huấn luyện các binh chủng, hoặc các trường võ bị trừ phi tôi đồng ý cho phép phổ biến bằng văn thư riêng.

Trong tư cách là một học sinh trưởng thành (đã được 18 tuổi), tôi yêu cầu DCPS không phổ biến/tiết lộ tên họ, địa chỉ, và số điện thoại của tôi cho các Quân lực, đội tuyển mộ tân binh, trường huấn luyện các binh chủng, hoặc các trường võ bị trừ phi tôi đồng ý cho phép phổ biến bằng văn thư riêng.

Tên của Học sinh viết bằng chữ in

Chữ ký của Cha, Mẹ/Giám hộ Hợp Luật hoặc Học sinh (trưởng thành)

Ngày

Tên Trường của Học Sinh

Lớp của Học Sinh

Thông báo Không Kỳ thị/Phân biệt Đối xử. Chiếu theo các đạo luật của tiểu bang và liên bang, Hệ Trường Công lập DC (DCPS) không kỳ thị/phân biệt đối xử căn cứ trên thực tế hay những gì trông thấy về chủng tộc, màu da, tôn giáo, quốc gia gốc, giới tính, tuổi tác, tình trạng hôn nhân, diện mạo cá nhân, khuynh hướng tính dục, phái tính hay biểu hiện về phái tính, tình trạng gia đình, trách nhiệm gia đình, trình độ học vấn, đảng phái chính trị, thông tin di truyền, khuyết tật, nguồn lợi tức, tình trạng như nạn nhân của hành vi phạm tội trong gia đình, hoặc nơi cư trú hay nơi làm việc/kinh doanh. Để có thêm thông tin và nguyên văn bản thông báo này, xin viếng mạng <http://dcps.dc.gov/DCPS/About+DCPS/Human+Resources/Notice+of+Non-Discrimination>.

**Danh Sách Kiểm Lại Hồ Sơ Y Tế Trường, Năm học 2014-2015**

Xin quý vị nộp lại các mẫu đơn sau đây cho **Nhân viên Ghi Tên** tại trường khi đến ghi tên cho con em. Luật DC đòi hỏi **tất cả các học sinh** phải được chích ngừa cập nhật đầy đủ để đi học. Luật DC cũng đòi hỏi phải có Chứng chỉ Khám Sức khỏe Tổng quát cho tất cả trẻ em ghi tên vào các cấp lớp và Thẩm định Sức khỏe Răng Miệng cho các trẻ em ở một số lớp.

Mẫu Đơn	Mô tả	Yêu cầu Bắt buộc	Ghi Chú
<b>Chứng chỉ Khám Sức Khỏe Tổng Quát (Universal Health Certificate)</b>	Đơn gồm có hai trang để điền vào và hai trang hướng dẫn cho tổ chức cung ứng dịch vụ y tế.	Cho tất cả học sinh ghi tên vào các cấp lớp (từ Mầm non/PK3 – lớp 12).	Xin Bác sĩ hoặc Y tá điền hoàn tất Chứng chỉ Khám Sức Khỏe Tổng quát (Universal Health Certificate Form) cho con em.  Chứng chỉ Khám Sức Khỏe Tổng quát phải có ghi nhận đã chích ngừa, thử bệnh lao và khám thể lực trong vòng 365 ngày trước khi bắt đầu đi học. Tất cả các trẻ em dưới 6 tuổi phải được thử nghiệm <b>hai lần</b> về nhiễm độc chất chì trong máu. Thử nghiệm phải hoàn tất, cho dù có nguy hiểm khi tiếp xúc và ghi vào Chứng chỉ Khám Sức Khỏe Tổng quát.  Nếu con em tham gia vào các hoạt động thể thao, chứng chỉ này sẽ hết hạn trong 365 ngày kể từ ngày khám có ghi trong chứng chỉ. Để tiếp tục hội đủ điều kiện, các học sinh chơi thể thao/vận động viên phải nộp Chứng chỉ Khám Sức Khỏe Tổng quát (Universal Health Certificate) đã được cập nhật cho trường khi hết hạn.  (Quý vị cần bảo hiểm sức khỏe? Quý vị có thể hợp lệ cho chương trình Trợ giúp Y tế (Medicaid) hoặc được trợ cấp bảo hiểm sức khỏe. Xin vào trang mạng <a href="https://dchealthlink.com">https://dchealthlink.com</a> để biết thêm tin tức.
<b>Chứng từ Chích Ngừa (Immunization Documentation)</b>	Chích ngừa đầy đủ, phù hợp với lứa tuổi phải được ghi nhận vào Chứng chỉ Khám Sức Khỏe Tổng Quát. Đính kèm tờ thông báo các yêu cầu bắt buộc về chích ngừa.	Cho tất cả học sinh ghi tên vào các cấp lớp (từ Mầm non/PK3 – lớp 12). Sau 10 ngày học, học sinh nào chưa nộp chứng từ đã chích ngừa sẽ không được vào lớp và được trông coi riêng biệt.	Xin lấy hẹn sớm để gặp Bác sĩ nếu chích ngừa của con em chưa được cập nhật. Một vài chích ngừa đòi hỏi hơn một liều và phải trở lại gặp bác sĩ.  Nếu quý vị có câu hỏi về các yêu cầu chích ngừa của DC, xin thảo luận với bác sĩ của con em. Quý vị cũng có thể gọi cho Ban Chích ngừa thuộc Sở Y Tế DC (DC Department of Health Immunization Division), số 202-576-9325.
<b>Đơn Thẩm Định Sức Khỏe Răng Miệng (Oral Health Assessment Form)</b>	Một trang	Cho tất cả học sinh ghi tên vào các cấp lớp (từ Mầm non/PK3 – lớp 12)	Xin Nha Sĩ của con em điền hoàn tất đơn này.  (Quý vị cần bảo hiểm răng? Quý vị có thể hợp lệ cho chương trình Trợ giúp Y tế (Medicaid) hoặc được trợ cấp bảo hiểm sức khỏe. Xin vào trang mạng <a href="https://dchealthlink.com">https://dchealthlink.com</a> để biết thêm tin tức.  (Có trợ cấp Y tế - Medicaid, nhưng cần giúp đỡ để tìm tổ chức cung ứng dịch vụ nha khoa hay gọi để xin hẹn? Xin gọi số 1-866-758-6807 hoặc viếng trang mạng <a href="http://www.insurekidsnow.gov/state/dc/district_oral.html">http://www.insurekidsnow.gov/state/dc/district_oral.html</a> )
<b>Đơn Xin Bãi Miễn - Không Tham Gia Chích Ngừa HPV (HPV Vaccine Refusal Form)</b>	Gồm có một trang Chứng chỉ Xin Bãi Miễn - Không Tham gia Chích ngừa HPV và một trang giải thích về loại chích ngừa này (hai trang).	Cho tất cả nam và nữ sinh từ lớp 6 đến lớp 11.	Nếu quý vị quyết định cho con em (nam hoặc nữ) đang học từ lớp 6 đến lớp 11 không chích ngừa HPV, xin điền và gửi lại Chứng chỉ Xin Bãi Miễn - Không Tham gia Chích ngừa HPV cho trường con em. Nếu quý vị cần nộp đơn xin miễn trừ cho các loại chích ngừa khác, xin liên lạc với y tá trường.
<b>Đơn Xin Dùng Thuốc (Medication Orders)</b>	Có nhiều đơn bắt buộc phải điền để nhà trường đáp ứng các nhu cầu dùng thuốc hoặc làm các can thiệp y tế trong ngày học cho con em.  Quý vị có thể lấy những đơn này ở Y tá Trường hoặc trên mạng tại: <a href="http://www.dcps.dc.gov">www.dcps.dc.gov</a>	Cho tất cả học sinh cần dùng thuốc hay cần can thiệp y tế trong ngày học, như bị suyễn, dị ứng, tiểu đường, co giật, hoặc các điều kiện y tế khác. Nếu con em có những điều trên, xin quý vị trình bày với hiệu trưởng và y tá trường về tình trạng sức khỏe thể chất hay hành vi/cử chỉ của con em và các can thiệp cần thiết	Để bảo đảm nhu cầu cần dùng thuốc tại trường được đáp ứng, xin tham khảo cẩm nang <i>Meeting Your Child's Medication and Treatment Needs at School</i> để biết thêm chi tiết. Có thể tìm trên mạng tại <a href="http://tinyurl.com/qhjbhms">http://tinyurl.com/qhjbhms</a> .  Khi có thể, xin cho con em dùng thuốc ở nhà. Nếu con em cần dùng thuốc hay bắt buộc được điều trị y tế trong giờ học ở trường, xin cho tổ chức cung cấp y tế của quý vị điền hoàn tất các đơn thích hợp - Đơn Cho Phép Điều trị và Cấp Thuốc (Medication and Treatment Authorization Form), Kế hoạch Hành động cho bệnh Suyễn (the Asthma Action Plan) và Kế hoạch Hành động cho Chứng Sốc Mẫn Cảm (the Action Plan for Anaphylaxis). Những đơn này có sẵn trên trang mạng <a href="http://tinyurl.com/qzjsu6t">http://tinyurl.com/qzjsu6t</a> và phòng y tá trường học. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi về đơn nào thì cần thiết cho con em, xin nói chuyện với y tá trường. Nếu con em cần điều chỉnh thức ăn thích hợp, tổ chức cung cấp y tế cần điền hoàn tất đơn Học sinh với Nhu cầu Thức ăn Đặc biệt (Special Dietary Needs Form). Đơn này có trên mạng tại <a href="http://tinyurl.com/kw8386">http://tinyurl.com/kw8386</a> . Học sinh được phép tự dùng thuốc suyễn, sốc mẫn cảm, hoặc tiểu đường tại trường cũng phải có kế hoạch dùng thuốc (Medication Action Plan) do phụ huynh hoặc giám hộ của học sinh và bác sĩ ký tên cho phép.

Nếu có bất kỳ câu hỏi nào, xin quý vị vui lòng liên lạc với Diana Bruce, Giám Đốc Văn Phòng Y Tế và An Sinh DCPS (DCPS Director of Health and Wellness): 202-442-5103 hoặc [Diana.Bruce@dc.gov](mailto:Diana.Bruce@dc.gov). Quý vị có thể tìm thấy các mẫu đơn này trên trang mạng của DCPS.



# Các Yêu cầu Bắt buộc về Chích Ngừa của D.C.<sup>1</sup> Năm học 2014 – 2015



(Vietnamese)

Tất cả các học sinh đi học trong Quận D.C. cần xuất trình các chứng từ đã chích ngừa thích hợp với số tuổi vào ngày đi học đầu tiên.

Trẻ em 2 tuổi hay lớn hơn vào  
**Nhà Trẻ hay Vườn Trẻ**  
**(Preschool or Head Start)**  
cần chích ngừa

- 4 Diphtheria/Tetanus/Pertussis (DTaP) (Bạch hầu/Uốn ván/ Ho gà)
- 3 Polio (Sốt Tê Liệt)
- 1 Varicella (chickenpox) (Thủy đậu) - nếu chưa bị bệnh này <sup>2</sup>
- 1 Measles, Mumps & Rubella (MMR) (Sởi, Quai bị & Ban đỏ)
- 3 Hepatitis B (Viêm Gan loại B)
- 2 Hepatitis A (Viêm Gan loại A)
- 3 hoặc 4 Hib (Haemophilus Influenza Type B) (Cúm loại B) <sup>3</sup>
- 4 PCV (Pneumococcal) (Nhiễm Trùng Phổi)



Học sinh 4 tuổi vào  
**Lớp Mầm Non**  
**(Pre-Kindergarten)**  
cần chích ngừa

- 5 Diphtheria/Tetanus/Pertussis (DTaP) (Bạch hầu/Uốn ván/ Ho gà)
- 4 Polio (Sốt Tê Liệt)
- 2 Varicella (chickenpox) (Thủy đậu) – nếu chưa bị bệnh này <sup>2</sup>
- 2 Measles, Mumps & Rubella (MMR) (Sởi, Quai bị & Ban đỏ)
- 3 Hepatitis B (Viêm Gan loại B)
- 2 Hepatitis A (Viêm Gan loại A)
- 3 hoặc 4 Hib (Haemophilus Influenza Type B) (Cúm loại B) <sup>3</sup>
- 4 PCV (Pneumococcal) (Nhiễm Trùng Phổi)



Học sinh từ 5 đến 10 tuổi vào  
**Lớp Mẫu giáo (K) tới Lớp 5**  
cần chích ngừa

- 5 Diphtheria/Tetanus/Pertussis (DTaP) (Bạch hầu/Uốn ván/ Ho gà)
- 4 Polio (Sốt Tê Liệt)
- 2 Varicella (chickenpox) – (Thủy đậu) – nếu chưa bị bệnh này <sup>2</sup>
- 2 Measles, Mumps & Rubella (MMR) (Sởi, Quai bị & Ban đỏ)
- 3 Hepatitis B (Viêm Gan loại B)
- 2 Hepatitis A (Viêm Gan loại A) (nếu sanh vào ngày 01/01/05 hoặc sau ngày này)



Học sinh từ 11 tuổi hoặc lớn hơn vào  
**Lớp 6 tới Lớp 12**  
cần chích ngừa

- 5 Diphtheria/Tetanus/Pertussis (DTaP/Td) (Bạch hầu/Uốn ván/ Ho gà)
- 1 Tdap (chích bổ sung nếu đã được 5 năm kể từ liều chót DTP/DTaP/Td)
- 4 Polio (Sốt Tê Liệt)
- 2 Varicella (chickenpox) - (Thủy đậu)-nếu chưa bị bệnh này <sup>2</sup>
- 2 Measles, Mumps & Rubella (MMR) (Sởi, Quai bị & Ban đỏ)
- 3 Hepatitis B (Viêm Gan loại B)
- 1 Meningococcal (Nhiễm Trùng Màng Óc)
- 3 Human Papillomavirus Vaccine (HPV) - Ngừa HPV cho các học sinh từ lớp 6 đến lớp 11, hoặc phụ huynh có thể ký tên vào đơn xin miễn chích ngừa, đơn có sẵn trên mạng tại [www.doh.dc.gov](http://www.doh.dc.gov)



<sup>1</sup> Cho tất cả các lứa tuổi và cấp lớp, số liệu chích bắt buộc thay đổi tùy theo độ tuổi của con em và đã được chích trước đây bao lâu. Xin kiểm lại với y tá trường hoặc tổ chức cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe để biết thêm chi tiết.

<sup>2</sup> Tất cả các chi tiết về đã bị bệnh đậu mùa trước đây, PHẢI ĐƯỢC kiểm chứng/chẩn đoán bởi một tổ chức cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe (như bác sĩ, y tá chuyên nghiệp, phụ tá bác sĩ, y tá có giấy phép) và tất cả các chứng từ PHẢI bao gồm tháng và năm bị bệnh này.

<sup>3</sup> Số liệu chích do công ty sản xuất xác định.





## HƯỚNG DẪN VỀ CHỨNG CHỈ KHÁM SỨC KHỎE TỔNG QUÁT CỦA D.C. (DISTRICT OF COLUMBIA UNIVERSAL HEALTH CERTIFICATE INSTRUCTIONS)

Đơn này **thay thế cho tất cả các đơn có trước ngày 24 Tháng Hai, 2009**. Chứng chỉ Khám Sức Khỏe Tổng Quát của DC (DCUHC) sẽ được sử dụng để nộp cho các Cơ sở Chăm sóc Trẻ em/Nhà trẻ, chương trình Head Start và các trường học công lập, tư nhân và tôn giáo của DC.

**Ngoại lệ:** Đơn này không được dùng để thay thế cho đơn EPSDT hoặc Đơn Thẩm định Sức Khỏe Răng Miệng của Sở Y Tế. Đơn DCUHC được Sở Y Tế DC khai triển và theo Hướng dẫn của Viện Nhi Đồng Hoa Kỳ (AAP) đối với việc chăm sóc và bảo vệ y tế cho các trẻ em và thanh thiếu niên; từ sơ sinh đến 21 tuổi. **Đơn này là hồ sơ bảo mật** thống nhất với các yêu cầu đòi hỏi của *Đạo Luật về Trách nhiệm Hỗ trợ và Phẩm chất Bảo hiểm Y tế 1996 (HIPPA)* đối với các tổ chức cung ứng dịch vụ y tế, và *Đạo Luật Bảo Vệ Quyền Riêng Tư và Giáo Dục Gia Đình 1974 (FERPA)* đối với các cơ quan giáo dục.

**Hướng Dẫn Chung:** Xin dùng bút bi mực đen để điền đơn này.

### Phần 1: Tin Tức Cá Nhân Trẻ Em:

Phụ huynh hay Giám hộ: Xin điền vào đầy đủ tất cả các tin tức cá nhân của con em, bao gồm họ, tên, tên lót, ngày sinh và giới tính. Ngoài ra cũng điền tên của quý vị, số điện thoại, địa chỉ nhà, phường của khu vực cư ngụ, và tên cùng số điện thoại liên lạc khẩn cấp trong trường hợp không thể liên lạc với quý vị. Cung cấp tên trường học hay nơi chăm sóc trẻ em/nhà trẻ. Đánh dấu vào ô cho biết loại bảo hiểm y tế của con em. Nếu loại bảo hiểm y tế của con em không được liệt kê, xin đánh dấu "other" (loại khác) rồi viết loại bảo hiểm đó vào chỗ trống dành cho. Xin viết tên của tổ chức dịch vụ chăm sóc y tế (bác sĩ) chính của con em. Nếu con em không có tổ chức dịch vụ chăm sóc y tế chính (bác sĩ), xin viết "none" (không) vào chỗ trống dành cho. **Đơn này sẽ không được xem như hoàn tất nếu không có chữ ký của phụ huynh hay giám hộ ở Phần 5.**

**Phần 2: Tiểu Sử Y Tế, Khám Sức Khỏe của Trẻ Em & Các Đề Nghị: (Được điền vào bởi tổ chức cung ứng dịch vụ chăm sóc y tế).** Xin đánh dấu vào tất cả các ô thích hợp.

- **Ngày Khám Sức Khỏe:** Tất cả trẻ em phải được khám sức khỏe bởi bác sĩ hay một y tá có giấy phép hành nghề theo như hướng dẫn AAP. Ngày tháng để vào đây phải là ngày khám sức khỏe của trẻ em.
- **WT:** Trọng lượng của trẻ em tính bằng pounds (LBS) hoặc kí-lô-gram (KG); **HT:** Chiều cao của trẻ em đo bằng inches (IN) hay cen-ti-mét (CM).
- **BP:** Nếu trẻ em ba tuổi trở lên, viết vào ô số huyết áp, và đánh dấu là bình thường hay không bình thường. Nếu không bình thường, xin cho lời giải thích và giải pháp ở Phần 2: Mục A.
- **Body Mass Index (BMI) – (Chỉ Số Cân Nặng, dựa vào chiều cao và cân nặng):** Nếu trẻ em 2 tuổi trở lên, chỉ số BMI phải được tính toán và ghi nhận, kể cả phần vị (percentile).
- **HGB/HCT:** Hemoglobin (HGB) hoặc Hematocrit (HCT) **bắt buộc phải có đối với trẻ em vào lớp Head Start.** Cũng có đề nghị khám bệnh giảm hồng cầu/thiếu máu (anemia) do kinh nguyệt đối với các em nữ, vị thành niên dựa theo hướng dẫn của AAP. Xin ghi nhận mức độ máu và cho biết trắc nghiệm nào đã được làm bằng việc khoan tròn HGB, HCT hoặc là cả hai.
- **QUAN TÂM VỀ SỨC KHỎE:** Tổ chức cung ứng dịch vụ chăm sóc y tế phải thực hiện việc chẩn đoán các bệnh: suyễn, co giật, tiểu đường, các rối loạn phát triển/hành vi cử chỉ, và các vấn đề nào khác cần đến nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt." Đối với bất kỳ chẩn đoán nào có chữ "HEALTH CONCERNS," (QUAN TÂM Y TẾ), nhân viên y tế phải đánh dấu vào ô chỉ rõ việc đề nghị thích đáng về vấn đề này đã được làm, hay là hiện đang được điều trị (Rx) về vấn đề quan tâm này. Nếu KHÔNG KHÔNG CÓ VẤN ĐỀ Y TẾ QUAN TÂM NÀO (NO/NONE "HEALTH CONCERNS"), xin đánh dấu vào ô "**NO**" hoặc **None**" trong mỗi mục chẩn đoán.
- **GHI CHÚ ĐẶC BIỆT:** "Khám Nha Khoa Hằng Năm" – đối với các em ba tuổi trở lên, nhà cung ứng dịch vụ chăm sóc y tế phải cho biết là nha sĩ đã khám hay kiểm tra sức khỏe răng miệng trẻ em trong vòng 12 tháng vừa qua. Nếu "No" (Không) thì trẻ em này cần được đề nghị đến nha sĩ.
- **A:** Xin ghi rõ bất kỳ bệnh sử y tế rõ ràng, hay điều kiện gì, các bệnh tật hoặc sự hạn chế của trẻ em, làm ảnh hưởng đến khả năng thực hiện các sinh hoạt hay chương trình học ở trường, nếu không thì đánh dấu "NONE" (KHÔNG CÓ).
- **B:** Xin ghi rõ bất cứ chứng dị ứng nào của trẻ em cần có **sự chăm sóc y tế khẩn cấp** trong các sinh hoạt hay chương trình liên quan của nhà trường, nếu không, đánh dấu "NONE" (KHÔNG CÓ).
- **C:** Xin ghi rõ bất kỳ thuốc men nào trẻ em phải dùng lâu dài, thuốc bán tự do ngoài quầy hay đòi hỏi một sự chăm sóc đặc biệt đối với các sinh hoạt hay chương trình liên quan ở trường, nếu không xin đánh dấu "NONE" (KHÔNG CÓ).
- **GHI CHÚ ĐẶC BIỆT:** Xin ghi rõ bất kỳ thuốc men hay điều trị gì đặc biệt bắt buộc phải thực hiện ở trường, trong các sinh hoạt hay chương trình liên quan trong Phần 2: Mục C và hoàn tất Giấy Cho Phép Dùng Thuốc của Bác Sĩ (Physician's Medication Authorization Order), và đính kèm vào chứng chỉ khám sức khỏe tổng quát.

### Phần 3: Thẩm Định & Thử Nghiệm Sự Nguy Hiểm Tiếp Xúc với Chì & Bệnh Lao:

- **TUBERCULOSIS (TB) RISK ASSESSMENT (THẨM ĐỊNH SỰ NGUY HIỂM CỦA BỆNH LAO (TB):** Thực hiện thẩm định TB theo định nghĩa bởi *AAP Đề Nghị Thử Lao Trên Da cho các em Sơ sinh, Trẻ em và Thanh Thiếu Niên trong AAP RED BOOK 2006, xuất bản 27<sup>th</sup>, trang 682.* Điều lệ DC bắt buộc phải có một TST (Thử Lao Trên Da) cho tất cả trẻ em khi đi nhà trẻ hay trường học; nơi nào em đến trước. TST cũng còn bắt buộc với tất cả trẻ em nào bị thẩm định là **CÓ NGUY HIỂM CAO KH TIẾP XÚC**. Xin chú ý, thử nghiệm và đánh dấu kết quả (negative – âm tính, hoặc positive- dương tính). **Nếu thử nghiệm TST với dương tính (positive),** xin đánh dấu kết quả chụp quang tuyến phổi (CXR) cho dù trẻ đã được điều trị. **Tất cả TST dương tính (positive) đều phải được báo cáo cho Chương trình Chế ngự Bệnh Lao của DC (DC T.B. Control Program) số 202-698-4040.**
- **SỰ NGUY HIỂM TIẾP XÚC VỚI CHÌ:** Luật DC đòi hỏi tất cả trẻ em phải được thử nghiệm từ giữa 6 và 14 tháng tuổi và một lần nữa giữa khoảng 22 và 26 tháng tuổi. Luật DC cũng còn bắt buộc rằng nếu trẻ em nào lớn hơn 26 tháng tuổi mà chưa được thử nghiệm về sự tiếp xúc với chì, thì trẻ này phải được khám theo dõi hai lần trước khi được 6 tuổi. Xin ghi vào hồ sơ "Ngày" và "Kết quả" của thử nghiệm chì lần gần nhất. Xin cho biết nếu "Pending" (đang chờ đợi). Kết quả "Pending" sẽ có hiệu lực **ha tháng kể từ ngày làm thử nghiệm** và sẽ không loại trừ trẻ em ra khỏi các sinh hoạt hay chương trình có liên quan của trường học. **TẤT CẢ thử nghiệm chất chì phải được phòng thí nghiệm gửi báo cáo điện tử tới Chương Trình Ngăn Ngừa Trẻ Em Nhiễm Độc Chì của DC. Để có hướng dẫn chi tiết, xin gọi số 202-654-6036/6037. Tổ chức Cung ứng Dịch vụ có thể fax báo cáo này tới: 202-481-3770.**

### Phần 4: Đòi hỏi Chứng nhận và Chữ ký của Tổ chức cung ứng dịch vụ chăm sóc y tế (bác sĩ hay y tá chuyên môn):

Tổ chức/Nhân viên y tế sẽ trả lời bằng cách đánh dấu "Yes" hay "No" đối với các câu sau đây:

Trẻ em đã được kiểm tra thích đáng với sự duyệt xét về tiểu sử y tế;

Trẻ em đã được thông qua với việc tranh đua thể thao (dựa vào sự thẩm định và thống nhất với việc Lượng Định Thể lực Trước Khi Tham gia (AAP Pre-participation Physical Evaluation 2<sup>nd</sup> Ed. (1997); và trẻ em đã được khám sức khỏe thích hợp với tuổi (chiều theo hướng dẫn của AAP và EPSDT) trong phạm vi của năm hiện tại. Nếu đánh dấu "No" xin giải thích lý do trong phần trống. Tất cả tin tức này đều được bảo mật.

### Phần 5: Đòi hỏi phải có Chữ Ký của Phụ huynh/Giám hộ (cho Phổ biến Tin Tức Y Tế).

Phụ huynh hay Giám hộ phải viết tên bằng chữ in; ký tên và để ngày tháng. Qua chữ ký trong phần này, phụ huynh hay giám hộ cho phép tổ chức cung ứng dịch vụ chăm sóc Y tế được chia sẻ tin tức y tế trong đơn này với trường học con em, nhà trẻ, trại hay các cơ quan chính quyền DC thích hợp.

**Phần 6: TIN TỨC CHÍCH NGỪA**

**Hướng Dẫn Chung:** Xin dùng viết bi mực đen để điền đơn này.

Tin tức cá nhân của Trẻ em/Học sinh: Viết chữ in rõ ràng họ, tên, và tên đệm/chữ tắt của trẻ em/học sinh. Viết ngày sinh như sau: tháng/ngày/năm (mm/dd/yr). Cho biết giới tính của con em bằng cách đánh dấu kiểm ✓ vào ô female (nữ) hay male (nam). Cho biết tên nhà trẻ hay trường mà con em theo học.

**Mục 1: Tin tức về Chích ngừa** – Viết rõ ràng ngày đã chích ngừa (tháng/ngày/năm) hoặc kèm theo bản sao các giấy tờ tương đương có chữ ký và ngày tháng của tổ chức/ nhân viên cung ứng dịch vụ y tế. Theo dõi hỏi của Luật D.C. 3-20 (Law D.C. 3-20), Đạo luật về Học sinh Chích ngừa (“Immunization of School Students Act of 1979” và Điều lệ của Hội Đồng Đô Thành (DCMR Title 22, Chapter 1 (duyệt xét lại 2 tháng Năm 2008), việc chích ngừa được đòi hỏi như dưới đây.

**Chỉ dẫn:** Tìm xem tuổi của trẻ em/học sinh trong cột “Child’s Current Age” (tuổi hiện tại của trẻ em). Đọc ngang qua để xem mỗi loại chích ngừa đòi hỏi. Con số trong mỗi ô là số liều lượng đòi hỏi của loại chích ngừa dựa vào tuổi HIỆN TẠI hoặc cấp lớp của trẻ em. Phạm vi tuổi trong cột không có nghĩa là trẻ em đến tuổi cao nhất trong hàng này để đáp ứng yêu cầu. Trẻ em nào có tuổi nằm trong hàng này bắt buộc đã nhận được số liều chích ngừa đòi hỏi theo tuổi HIỆN TẠI của em.

Loại thuốc Chích ngừa và số liều lượng bắt buộc đối với các trẻ em đã ghi tên trong các Chương Trình Nhà Trẻ 1. <sup>2</sup>										
Tuổi Hiện Tại của Trẻ Em	DTap/DTP/DT (Bạch hầu/Uốn ván/Ho Gà)	Polio (Sốt Tê Liệt)	Hib <sup>7</sup> (Cúm Loại B)	MMR <sup>8</sup> (Sởi, Quai Bị, Ban Đỏ)	Varicella <sup>9</sup> (Thủy Đậu)	Hepatitis B <sup>10</sup> (Viêm Gan Loại B)	Hepatitis A <sup>11</sup> (Viêm Gan Loại A)	Pneumococcal Conjugate <sup>12</sup> (Nhiễm Trùng Phổi)	Meningococcal (Ngừa Viêm Mãn Óc)	Human Papillomavirus (HPV) (Ngừa Vi Khuẩn Sinh Thệt U)
Dưới 2 tháng tuổi	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
2 - 3 tháng	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0
4 - 5 tháng	2	2	2	0	0	2	0	2	0	0
6 - 11 tháng	3	3	2 / 3	0	0	3	0	3	0	0
12 - 14 tháng	3	3	3 / 4	1	1	3	1	4	0	0
15 - 23 tháng	4	3	3 / 4	1	1	3	1	4	0	0
24 - 47 tháng	4	3	3 / 4	1	1	3	2	4	0	0
48 - 59 tháng	5 <sup>3</sup>	4 <sup>6</sup>	3 / 4	2	2	3	2	4	0	0
Loại thuốc Chích Ngừa và số liều lượng bắt buộc đối với các trẻ em đã ghi tên ở các Trường Học Công Lập, Trường Bán Công, Trường Đạo, và Trường Tư Thục 1. <sup>2</sup>										
Cấp Lớp	DTaP/DTP/DT (Bạch hầu/Uốn ván/Ho Gà)	Polio (Sốt Tê Liệt)	Hib <sup>7</sup> (Cúm Loại B)	MMR <sup>8</sup> (Sởi, Quai Bị, Ban Đỏ)	Varicella <sup>9</sup> (Thủy Đậu)	Hepatitis B <sup>10</sup> (Viêm Gan Loại B)	Hepatitis A <sup>11</sup> (Viêm Gan Loại A)	Pneumococcal Conjugate <sup>12</sup> (Nhiễm Trùng Phổi)	Meningococcal (Ngừa Viêm Mãn Óc)	Human Papillomavirus (HPV) (Ngừa Vi Khuẩn Sinh Thệt U)
Lớp (Không cấp lớp)										
Lớp K - 5 (5 - 10 tuổi)	5 <sup>3,4</sup>	4	0	2	2	3	2	0	0	0
Lớp 6 - 12 (11 - 18+ tuổi)	6 <sup>4,5</sup>	4	0	2	2	3	2	0	1	3

**Khoảng cách Chích ngừa:** Liều lượng và khoảng cách chích ngừa phải phù hợp với số tuổi. Liều lượng chích ngừa được thực hiện khoảng 4 ngày trước khoảng tối thiểu hay tuổi được tính là hiệu lực. Ngoại lệ: Hai loại chích ngừa không khử hoạt tính (live virus) không được chích cùng một ngày, phải chích riêng cách nhau ít nhất 28 ngày.

**Miễn trừ:** Miễn trừ y tế trong việc chích ngừa có thể cho phép đối với các lý do hữu hiệu/có lý với chứng từ thích hợp của tổ chức cung ứng dịch vụ chăm sóc y tế (Mục 2). Các loại mẫu máu cho thấy sự miễn nhiễm có thể được dùng thay cho chích ngừa (Mục 3). Cần phải nộp bản tường trình/báo cáo của phòng thí nghiệm cho trường học/nhà trẻ của con em. Các hồ sơ miễn trừ vì lý do tôn giáo cũng phải được phụ huynh/giám hộ nộp cho trường học/nhà trẻ.

**DTaP/DTaP:** Cần có năm (5) liều DTaP/DTaP lúc 4 tuổi để đi học, trừ khi liều thứ 4 được tiến hành vào lúc hoặc sau sinh nhật thứ 4 của em. Khoảng cách của lần chích thứ 4 và 5 phải cách nhau 6 tháng.

**Td/Tdap:** Cần phải chích ba (3) liều Td nếu những loạt chích chính bắt đầu sau sinh nhật thứ 7. Nếu trẻ em lớn hơn 11 tuổi, một trong ba liều chích Tdap phải là uốn ván (tetanus), bạch hầu (diphtheria), và ho gà (pertussis). Việc chích một liều tăng cường (Tdap booster) được yêu cầu năm năm sau lần chích cuối với uốn ván, bạch hầu. Ngoài ra, yêu cầu chích lại một liều tăng cường (Td booster) sau mỗi 10 năm.

**Tdap:** Các học sinh phải đáp ứng với yêu cầu tối thiểu trước khi đi đối với lần chích DTaP/DTaP lần thứ 4 hay thứ 5, và phải có một (1) liều Tdap.

**Polio:** Trẻ em phải được chích bốn (4) liều thuốc vào lúc 4 tuổi để đi học, trừ khi liều chích thứ ba của tất cả-IPV hoặc tất cả-OPV có lịch trình chích vào lúc, hoặc sau sinh nhật thứ 4 của trẻ em, theo đó, chỉ có 3 liều chích là cần thiết. Tuy nhiên, nếu sử dụng lịch trình theo thứ tự hoặc lần lộn chích ngừa IPV/OPV, bốn liều chích ngừa bắt buộc phải có để hoàn tất loạt chích ngừa chủ yếu. Chích ngừa Tê liệt không có lịch trình đối với các học sinh 18 tuổi hay lớn hơn.

**HIB:** Số liều thuốc chủ yếu do công ty sản xuất sản phẩm xác định, và tuổi bắt đầu loạt chích ngừa. Liều thuốc cuối cùng của Hib phải được thực hiện vào lúc, hoặc sau 12 tháng tuổi, tuy nhiên, nếu chỉ chích ngừa có một (1) liều thuốc thì trẻ em phải được tiến hành vào lúc, hoặc sau 15 tháng tuổi. Chích ngừa này không đòi hỏi đối với các học sinh 5 tuổi trở lên.

**MMR:** Liều thuốc thứ hai bắt buộc ở trẻ em 4 tuổi. Liều thuốc thứ nhất bắt buộc phải cho trẻ em vào lúc, hoặc sau sinh nhật đầu tiên. Liều thuốc thứ hai có thể tiến hành sau liều thuốc thứ nhất một tháng. MMR và thủy đậu (Varicella) phải chích ngừa cho trẻ em cùng ngày, hoặc cách nhau 28 ngày.

**Thủy đậu (Varicella):** Liều thuốc thứ hai bắt buộc ở trẻ em 4 tuổi. Liều thuốc thứ nhất phải tiến hành ở trẻ em vào lúc, hoặc sau sinh nhật đầu tiên. Nếu liều thuốc đầu tiên cho trẻ em giữa khoảng 12 tháng và 12 tuổi, thì liều thuốc thứ hai phải thực hiện sau liều thuốc thứ nhất 3 tháng; nếu liều thuốc đầu tiên chích ngừa với trẻ em 13 tuổi hay lớn hơn, thì liều thuốc thứ 2 phải được thực hiện sau liều đầu tiên là một tháng. Chích ngừa Thủy đậu không đòi hỏi ở các học sinh có tiền sử đã bị thủy đậu (chickenpox) do một tổ chức/nhân viên chăm sóc sức khỏe chính của em xác nhận với ngày tháng và năm em đã bị bệnh.

**Viêm gan B (Hepatitis B):** Nếu chích ngừa viêm gan B (monovalent hepatitis B vaccine) được tiến hành cùng với sự phối hợp các chích ngừa khác, như DTaP-IPV-Hepatitis B, bốn liều thuốc Hepatitis B là được chấp nhận; tuy nhiên, liều thuốc 3 hay 4 phải được cho trẻ em vào lúc 24 tuần lễ tuổi hay lớn hơn, và ít nhất là 8 tuần lễ sau liều thuốc trước. Nếu chích ngừa monovalent hepatitis B được thực hiện, liều thuốc 3 phải cho trẻ em ít nhất là 16 tuần lễ sau liều thuốc một, và ít nhất là 8 tuần lễ sau liều thuốc 2. Đối với các học sinh từ 11-15 tuổi có hồ sơ rõ ràng đã chích ngừa 2 liều thuốc adult hepatitis B (Recombivax) là được chấp nhận.

**Viêm gan A (Hepatitis A):** đòi hỏi ở các trẻ em sinh ra từ 1 tháng Một, 2005 trở đi.

**Sung phổi (Pneumococcal):** Số liều chích ngừa Pneumococcal đòi hỏi tùy vào tuổi hiện tại của học sinh và tuổi khi em được chích ngừa liều thuốc đầu tiên. Chích ngừa 1 liều cho các em khỏe mạnh 24 đến 59 tháng tuổi đã không hoàn tất chích ngừa đòi hỏi với tuổi của em. Không đòi hỏi đối với các học sinh từ 5 tuổi trở lên.

**Viêm màng não (Meningococcal):** Đòi hỏi ở trẻ em 11 tháng tuổi trở lên.

**HPV:** Đòi hỏi đối với học sinh vào lớp sáu lần đầu tiên. Các thông tin về Vi Khuẩn Sinh Thệt U (Human papillomavirus) (HPV) và chích ngừa HPV phải cung cấp cho phụ huynh/giám hộ, hoặc học sinh. Phụ huynh/giám hộ có thể ký vào một đơn đã được Sở Y Tế chấp nhận xin miễn chích ngừa.

**Mục 2: Miễn Trừ Y Tế** Hoàn tất phần này nếu có một sự chống chỉ định về y tế ngăn cản trẻ em trong việc nhận một hay nhiều hơn sự chích ngừa theo đúng thời gian quy định của Luật DC (D.C. Law 3-20) & các đề nghị ACIP. Xin kiểm lại tất cả các chích ngừa có sự chống chỉ định và cho biết lý do. Nếu sự miễn trừ y tế này là vĩnh viễn, xin đánh dấu vào ô thích hợp. Nếu là miễn trừ y tế tạm thời, xin đánh dấu vào chỗ thích hợp và cho biết ngày hết hạn. Tổ chức/Nhân viên y tế phải ký và viết tên hoặc đóng dấu cùng với ngày tháng trong phần này.

**Mục 3: Bằng Chứng Tương Ứng về Miễn Dịch** - Hoàn tất phần này nếu sử dụng các loại mẫu máu để cho thấy bằng chứng về sự miễn dịch. Kiểm tra (loại) thuốc chích ngừa mà mẫu máu này có được. Đính kèm theo bản sao kết quả của các mẫu máu. Tổ chức/Nhân viên cung ứng dịch vụ y tế phải ký và viết tên hoặc đóng dấu với ngày tháng trong phần này.



## CHỨNG CHỈ KHÁM SỨC KHỎE TỔNG QUÁT CỦA D.C. (DISTRICT OF COLUMBIA UNIVERSAL HEALTH CERTIFICATE)

### Phần 1: Tin tức 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: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Chủng tộc/Dân tộc: <input type="checkbox"/> Trắng không phải Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Đen không phải Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Á Châu hay Các Đảo Thái Bình Dương <input type="checkbox"/> Khác hơn _____
Tên của Phụ huynh hoặc Giám hộ:	Số Điện Thoại: <input type="checkbox"/> Nhà <input type="checkbox"/> Cầm Tay <input type="checkbox"/> Sờ Làm	Địa chỉ Nhà:		Phường:
Tên Người Chăm Liền lạc Trường học Khẩn cấp:	Số Điện Thoại Trường học Khẩn cấp: <input type="checkbox"/> Nhà <input type="checkbox"/> Cầm Tay <input type="checkbox"/> Sờ Làm	Thành phố/Tiểu bang (nếu khác hơn D.C.):		Mã Số Bưu điện:
Tên Trường Học hay Nơi Giữ Trẻ/Nhà Trẻ:	<input type="checkbox"/> Trợ cấp Y tế <input type="checkbox"/> Bảo hiểm Tư <input type="checkbox"/> Không có Bảo hiểm <input type="checkbox"/> Khác hơn: _____		Tổ chức Chăm sóc Sức khỏe Chính (PCP):	

### Phần 2: Tiểu Sử Y tế, Khám Sức Khỏe Của Trẻ Em & Các Đề Nghị

**Tổ chức/Nhân Viên Y Tế: Đơn Phải Được Điền Đầy Đủ.**

NGÀY KHÁM SỨC KHỎE:	WT: (CÂN NẶNG) <input type="checkbox"/> LBS <input type="checkbox"/> KG	HT: (CHIỀU CAO) <input type="checkbox"/> IN <input type="checkbox"/> CM	BP: (lớn hơn 3 tuổi) (HUYẾT ÁP) <input type="checkbox"/> NML ( BÌNH THƯỜNG) <input type="checkbox"/> ABNL (KHÔNG BÌNH THƯỜNG)	Body Mass Index (BMI) Tỷ số cân nặng (lớn hơn 2 tuổi) (BMI) %	
HGB / HCT (Bắt buộc đối với trẻ em vào Head Start)	Khám Thị giác (Mắt) <input type="checkbox"/> Mất kính Mắt phải 20/ <input type="checkbox"/> Mất kính Mắt trái 20/ <input type="checkbox"/> Đề nghị		Khám Thính Giác (Tai) Pass (Đạt) Fail (Không đạt) <input type="checkbox"/> Đề nghị		
<b>QUAN TÂM về SỨC KHỎE:</b>	<b>ĐƯỢC ĐỀ NGHỊ hay ĐIỀU TRỊ</b>		<b>QUAN TÂM về SỨC KHỎE:</b>		<b>ĐỀ NGHỊ hoặc ĐIỀU TRỊ</b>
Asthma (Suyễn) <input type="checkbox"/> NONE (KHÔNG) <input type="checkbox"/> YES (CÓ)	<input type="checkbox"/> Referred (Đề nghị)	<input type="checkbox"/> Under Rx (Đang điều trị)	Language/Speech (Ngôn ngữ/Tiếng nói) <input type="checkbox"/> NONE (KHÔNG) <input type="checkbox"/> YES (CÓ)	<input type="checkbox"/> Referred (Đề nghị)	<input type="checkbox"/> Under Rx (Đang điều trị)
Seizure (Co giật) <input type="checkbox"/> NONE (KHÔNG) <input type="checkbox"/> YES (CÓ)	<input type="checkbox"/> Referred (Đề nghị)	<input type="checkbox"/> Under Rx (Đang điều trị)	Development/Behavioral (Phát triển / Hành vi) <input type="checkbox"/> NONE (KHÔNG) <input type="checkbox"/> YES (CÓ)	<input type="checkbox"/> Referred (Đề nghị)	<input type="checkbox"/> Under Rx (Đang điều trị)
Diabetes (Tiểu đường) <input type="checkbox"/> NONE (KHÔNG) <input type="checkbox"/> YES (CÓ)	<input type="checkbox"/> Referred (Đề nghị)	<input type="checkbox"/> Under Rx (Đang điều trị)	Khác hơn: _____ <input type="checkbox"/> NONE (KHÔNG) <input type="checkbox"/> YES (CÓ)	<input type="checkbox"/> Referred (Đề nghị)	<input type="checkbox"/> Under Rx (Đang điều trị)
KHÁM NHA SĨ HÀNG NĂM: (3 tuổi trở lên): Trẻ em có đi Nha sĩ/Tổ chức cung cấp Nha khoa từ năm ngoái đến giờ không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Đề nghị					

**A. Quá trình bệnh sử, điều kiện sức khỏe, bệnh về tiếng nói/trao đổi thông tin, hay sự hạn chế nào ảnh hưởng đáng kể, rõ ràng đến trường học, nhà trẻ, các sinh hoạt thể thao, hoặc chăm 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, chăm 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 Giấy Cho Phép Dùng Thuốc của Bác Sĩ (Physician's Medication Authorization Order) cùng với đơn này).  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

THẨM ĐỊNH NGUY HIỂM TB:	<input type="checkbox"/> CAO → <input type="checkbox"/> THẤP	Thử Lao Ngoài Da (TST) NGÀY:	<input type="checkbox"/> Âm TÍNH <input type="checkbox"/> Dương TÍNH	Nếu TST Dương tính <input type="checkbox"/> CXR Âm TÍNH <input type="checkbox"/> CXR Dương TÍNH <input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> C O → <input type="checkbox"/> KHÔNG	NGÀY THỬ NGHIỆM CHÌ:	KẾT QUẢ:	Tổ chức/Nhân viên Y tế: TẤT CẢ mức độ chì đều phải tường trình/báo cáo cho Chương trình DC Phòng ngừa Trẻ em Nhiễm độc Chì (DC Childhood Lead Poisoning Prevention Program) Fax: 202-481-3770.	

### Phần 4: Đòi Hài Chứng Nhận và Chữ Ký của Tổ chức Cung Ứng Dịch vụ Chăm sóc Y Tế

CÓ  KHÔNG Trẻ em này đã được kiểm tra & duyệt xét quá trình bệnh sử một cách thích đáng. Vào lúc kiểm tra, em có đầy đủ sức khỏe đáp ứng để tham gia vào tất cả các sinh hoạt của trường học, chăm trại, và nhà trẻ, ngoại trừ những điều được ghi nhận trên đây.  
 CÓ  KHÔNG Học sinh chơi thể thao/Vận động viên này được 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 Hài phải có Chữ Ký của Phụ Huynh/Giám Hộ. (cho Phổ Biến Tin Tức Y Tế)

Tôi cho phép người khám sức khỏe hay cơ quan y tế ký tên trong đơn được chia sẻ tin tức y tế trong đơn này với trường học của con tôi, nơi chăm sóc trẻ em/nhà trẻ, trại; hoặc Cơ quan Chính quyền DC thích hợp.

Viết Tên Chữ In	Chữ Ký	Ngày
-----------------	--------	------

**CHỨNG CHỈ KHÁM SỨC KHỎE TỔNG QUÁT CỦA D.C**  
(DISTRICT OF COLUMBIA UNIVERSAL HEALTH CERTIFICATE)

Tên Học Sinh: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Ngày Sinh: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Họ / Tên / Tên lót Tháng / Ngày / Năm  
 Giới tính: Nam Nữ Tên Trường hay Cơ Sở Chăm sóc/Nhà Trẻ: \_\_\_\_\_

**Phần 1: Chích ngừa: Xin điền vào hoặc đính kèm giấy tờ tương đương có chữ ký và ngày tháng của tổ chức chăm sóc Y tế:**

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

Chữ ký của Tổ chức Chăm sóc Y Tế/Nhân viên Y tế \_\_\_\_\_ Viết Tên bằng chữ in hay đóng dấu \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

**Phần 2: MIỄN TRỪ Y TẾ. Phần Dành Cho Tổ Chức Cung ứng Dịch Vụ Chăm Sóc Y tế/Nhân Viên Y tế Xử Dụng.**

Tôi xác nhận rằng học sinh trên đây, vào lúc này, có sự chống chỉ định về mặt y tế việc chích ngừa dưới đây: (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 (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 Tổ chức/Nhân viên Y tế \_\_\_\_\_ Viết Tên bằng chữ in hay đóng dấu \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

**Phần 3: Bằng Chứng Tương Ứng về Sự Miễn Dịch Do Tổ chức Cung ứng Dịch vụ Chăm Sóc Y tế hay Nhân viên Y tế điền.**

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 (Varicella): ( ) Nhiễm trùng phổi (Pneumococcal): ( ) Viêm gan A (HepA): ( ) Viêm màng óc (Meningococcal): ( ) Vi khuẩn Sinh Thịt U (HPV): ( )

Chữ ký của Tổ chức/Nhân viên Y tế \_\_\_\_\_ Viết Tên bằng chữ in hay đóng dấu \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

# Đơn Thăm Định Sức Khỏe Răng Miệng của D.C. (của Tổ Chức Cung Ứng Dịch vụ Nha Khoa)

(Vietnamese)



## Phần Hướng Dẫn Phụ Huynh/Giám Hộ:

**Phần 1:** Xin điền đầy đủ tất cả các phần, kể cả chủng tộc hoặc sắc tộc của trẻ em. Xin cho biết phường của địa chỉ nhà quý vị, liệt kê tên tổ chức cung ứng dịch vụ y tế chính, tên tổ chức cung ứng dịch vụ nha khoa và loại bảo hiểm nha khoa. Nếu trẻ em không có tổ chức/nha sĩ cung ứng dịch vụ nha khoa và không có bảo hiểm, xin viết “None” (không) vào trong mỗi ô.

**Phần 2:** Qua chữ ký ở phần này, phụ huynh hoặc giám hộ cho phép nha sĩ hoặc các cơ sở được chia sẻ tin tức sức khỏe răng miệng trong đơn này với trường học của con em, nơi chăm sóc trẻ em/nhà trẻ, trại, Sở Y Tế, hay các cơ quan đại diện có hồ sơ này. Tất cả các tin tức sẽ được giữ kín (bảo mật). **Đơn này sẽ được xem như chưa hoàn tất nếu không có chữ ký của phụ huynh/giám hộ. Phụ huynh/giám hộ phải ký tên, viết tên và để ngày vào phần này.**

### Phần 1. Tin Tức Cá Nhân Trẻ Em (phần này phải được phụ huynh/giám hộ điền hoàn tất)

Họ của Trẻ Em	Tên và Tên Lót của Trẻ Em	Ngày Sinh: Tháng/Ngày/Năm	Phái tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Tên Trường hoặc Tên Cơ Sở Chăm Sóc Trẻ Em:
Tên của Phụ huynh/Giám hộ	Số Điện thoại 1: <input type="checkbox"/> Nhà <input type="checkbox"/> Cầm tay <input type="checkbox"/> Sở làm	Địa chỉ Nhà:	Phường:	
Liên lạc Trường học Khẩn cấp:	Số Điện thoại 2: <input type="checkbox"/> Nhà <input type="checkbox"/> Cầm tay <input type="checkbox"/> Sở làm	Thành phố/Tiểu bang (nếu khác hơn D.C.)	Mã Số Bưu Điện:	
Chủng tộc/Dân tộc:	<input type="checkbox"/> Trắng không phải Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Đen không phải Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Á châu hay Các Đảo Thái Bình Dương <input type="checkbox"/> Khác hơn -----			
Tên Tổ Chức Cung Ứng Dịch Vụ Chăm Sóc Y tế chính:	Tên Tổ Chức Cung Ứng Dịch Vụ Nha khoa/Nha sĩ:	<input type="checkbox"/> Nhận Trợ cấp Y Tế (Medicaid) <input type="checkbox"/> Bảo hiểm Tư <input type="checkbox"/> Không có Bảo hiểm <input type="checkbox"/> Khác hơn -----		

### Phần 2. Đòi hỏi phải có Chữ ký của Phụ huynh/Giám hộ

#### Phụ huynh hoặc Giám hộ Cho Phép Phổ biến Tin Tức Y Tế (Release of Health Information).

Tôi cho phép người khám răng hay cơ quan y tế ký tên trên đây được chia sẻ tin tức y tế trong đơn này với trường học của con tôi, nơi chăm sóc trẻ em/nhà trẻ, nơi cắm trại, hoặc Sở Y Tế.

VIẾT BẰNG CHỮ IN Tên của Phụ huynh/Giám hộ	CHỮ KÝ của Phụ huynh/Giám hộ	Ngày
--	------------------------------	------

#### Phần Hướng dẫn cho Tổ chức Cung cấp Dịch vụ Nha khoa:

**Phần 3:** Khoanh tròn Có hay Không trong Cột Phát Hiện. Đối với trả lời Có, xin giải thích trong Phần Ý Kiến.

**Phần 4:** Cho biết rõ trẻ em đã được khám răng thích đáng hay không, và nếu có chữa trị thì đã hoàn tất chưa. Nếu điều trị chưa được hoàn tất thì đề nghị bệnh nhân được theo dõi. Nha sĩ phải ký tên, để ngày, và cung cấp các tin tức đòi hỏi.

### Phần 3: Phát hiện và Các Đề nghị với Phụ huynh (xin xác định trong cột phát hiện)

ĐƠN NÀY LÀ HỒ SƠ BẢO MẬT

	Phát Hiện	Đề Nghị
Viêm lợi (Gingival Inflammation)	Có Không	
Đóng bợn vàng chân răng và/hoặc Đóng vôi (Plaque and/or Calculus)	Có Không	
Màng nướu răng lợi bất thường (Abnormal Gingival Attachments)	Có Không	
Răng mọc không đối xứng (Malocclusion)	Có Không	
Điều trị răng bị sâu (Treated Dental Caries)	Có Không	
Không điều trị răng bị sâu (Untreated dental caries)	Có Không	<input type="checkbox"/> Đánh dấu vào ô trống nếu Khẩn cấp
Trám bịt kín vĩnh viễn răng hàm (Sealants on permanent molars)	Có Không	
Sứt môi, lợi bị chẻ (Cleft lip and palate)	Có Không	
Dịch vụ phòng ngừa đã hoàn tất (Preventive services completed)	Có Không	Những dịch vụ phòng ngừa nào đã hoàn thành? <input type="checkbox"/> Phòng ngừa <input type="checkbox"/> bọc chất Fluoride <input type="checkbox"/> Vệ sinh/làm sạch răng miệng

### Phần 4: Lượng định sau cùng/Phải có Chữ ký của Tổ chức Cung ứng Dịch vụ Nha Khoa:

Em này đã được khám răng một cách thích hợp. Điều trị <input type="checkbox"/> đã hoàn tất <input type="checkbox"/> chưa hoàn tất <input type="checkbox"/> đang điều trị <input type="checkbox"/> từ chối điều trị <input type="checkbox"/> không cần thiết. Em có tiếp tục điều trị <input type="checkbox"/> khẩn cấp <input type="checkbox"/> không cần điều trị khẩn cấp và đang được điều trị <input type="checkbox"/> bởi tôi hoặc <input type="checkbox"/> đã được đề nghị tới:	Chữ ký của Nha Sĩ/Bác Sĩ (DDS/DMD):	Viết tên bằng chữ in:	
Địa chỉ:	Số Fax:	Số Điện thoại:	Ngày:

#### Chứng Chỉ Y Tế của DC: (District of Columbia Health Certificate)

Đơn Thăm Định Sức Khỏe Răng Miệng của DC (của Tổ chức Cung ứng Dịch vụ Nha khoa) này thay thế cho mẫu đơn trước kia, được sử dụng để đi học ở các trường D.C., các chương trình Head Start, Nhà Trẻ, trại, chương trình sau giờ học, tham dự thể thao hay diễn kịch, hoặc bất kỳ sinh hoạt nào khác của D.C. cần phải khám sức khỏe. Đơn này được Sở Y Tế DC triển khai và theo Hướng Dẫn của Viện Nha Khoa Nhi Đồng Hoa Kỳ (AAPD) bắt buộc phải Khám Răng Miệng cho trẻ em khi đi học. AAPD đề nghị rằng trẻ em phải được khám răng miệng trong vòng 6 tháng khi mọc răng đầu tiên, và không được trễ hơn ngày sinh nhật đầu tiên của các em. Sở Y Tế DC đề nghị tất cả trẻ em 3 tuổi trở lên phải đi khám răng miệng với một nha sĩ chuyên môn, có bằng hành nghề và hoàn tất Đơn Thăm Định Sức Khỏe Răng Miệng của DC (DC Oral Health Assessment Form). Đơn này là hồ sơ bảo mật. Việc bảo mật này gắn liền với Đạo luật về Trách nhiệm Hồ tương và Phẩm chất Bảo hiểm Y tế 1996 (HIPPA) đối với các tổ chức cung ứng dịch vụ y tế, và Đạo luật Bảo Vệ Quyền Riêng Tư và Giáo Dục Gia Đình (FERPA) dành cho các trường học và các tổ chức cung ứng khác ở DC.

## **THÔNG TIN VỀ VI KHUẨN SINH THỊT U** **(HUMAN PAPILLOMAVIRUS INFORMATION)**

Vi khuẩn sinh thịt u nơi bộ phận sinh dục (HPV) là một loại vi khuẩn truyền qua đường tình dục thông thường nhất tại Hoa Kỳ. Có khoảng 100 loại vi khuẩn HPV. Hầu hết các nhiễm trùng do HPV không gây ra triệu chứng và tự chúng biến đi. HPV quan trọng vì chủ yếu có thể gây ra ung thư cổ tử cung cho phụ nữ và một vài loại ung thư ít thông thường khác cho cả nam và nữ giới. Nó còn có thể gây ra mụn cóc nơi cơ quan sinh dục và mụn cóc tại đường hô hấp phía trên (cổ họng). Không có cách điều trị khi bị lây nhiễm từ HPV, nhưng có thể điều trị các tình trạng do HPV gây ra.

Khoảng 20 triệu người tại Hoa Kỳ bị nhiễm bệnh, và khoảng 6 triệu người nữa bị nhiễm bệnh mỗi năm. HPV lan truyền qua tiếp xúc tình dục. Trên 50% nam nữ năng hoạt động tình dục bị nhiễm trùng do HPV trong một lúc nào đó của đời sống. Mỗi năm tại Hoa Kỳ, khoảng 12,000 phụ nữ bị ung thư cổ tử cung và 4,000 chết vì đó và tỷ lệ ung thư cổ tử cung tại vùng DC cao hơn trung bình của toàn quốc.

Thuốc chích ngừa HPV là một loại thuốc đã khử hoạt tính (không tác động) có thể bảo vệ chống bốn loại HPV chính yếu. Trong đó có hai loại gây ra khoảng 70% ung thư cổ tử cung và hai loại gây ra khoảng 90% mụn cóc nơi bộ phận sinh dục. Chích ngừa HPV có thể ngăn chặn hầu hết các mụn cóc nơi bộ phận sinh dục và hầu hết trường hợp ung thư cổ tử cung.

Sự bảo vệ dự kiến là được lâu dài. Nhưng phụ nữ đã chích ngừa vẫn cần kiểm tra ung thư cổ tử cung vì thuốc chủng ngừa không bảo vệ chống tất cả các loại HPV gây ra ung thư cổ tử cung.

Chích ngừa HPV thông thường được đề nghị đối với các bé gái và trai 11-12 tuổi, nhưng có thể chích ngừa sớm cho các em ở lứa tuổi 9 tuổi. Thật là quan trọng cho các bé gái và trai cần được chích ngừa HPV trước lần tiếp xúc tình dục thứ nhất - vì chưa hề tiếp xúc với HPV. Thuốc chích ngừa bảo vệ được một vài loại – không phải tất cả - các loại HPV. Tuy nhiên, nếu nữ hay nam giới đã bị nhiễm bệnh do một loại HPV, chích ngừa không ngăn chặn bệnh do loại này, nhưng vẫn đề nghị phụ nữ và nam giới nhiễm HPV nên chích ngừa. Ngoài ra, thuốc chích ngừa HPV có thể ngăn ngừa ung thư âm đạo và âm hộ của nữ giới, và mụn cóc ở bộ phận sinh dục và ung thư hậu môn của cả nam và nữ giới.

Chích ngừa cũng được đề nghị cho nữ giới từ 13-26 tuổi, nam giới từ 13 - 21 tuổi (hoặc 26 tuổi trong vài trường hợp) chưa được chích ngừa khi còn ít tuổi. Có thể chích cùng với bất cứ loại chích ngừa cần thiết nào khác.

### **Thuốc ngừa HPV được chích thành 3 liều:**

- **Liều thứ 1: Ngay bây giờ**
- **Liều thứ 2: hai tháng sau liều thứ 1**
- **Liều thứ 3: sáu tháng sau liều thứ 1**

Những ai đã bị một loại dị ứng nguy hiểm tới tính mạng đối với chất men, có thai, và/hoặc bị bệnh từ vừa phải tới nặng thì không nên chích ngừa. Các phản ứng phụ thường là nhẹ, gồm có ngứa, đau, vết đỏ tại chỗ chích và nóng lạnh/sốt từ nhẹ tới vừa phải.

---

**Nếu quý vị cần thêm chi tiết, xin liên lạc với tổ chức cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị, hoặc Chương trình Chích ngừa thuộc Sở Y tế DC (D.C. Department of Health Immunization Program) số (202) 576-9342 hay Trung tâm Kiểm Soát và Phòng Ngừa Bệnh Truyền Nhiễm (Centers for Disease Control and Prevention) (CDC) số 1-800-CDC-INFO (1-800-232-4636).**

**GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA**  
**Department of Health**



**Chứng Chỉ Xin Bãi Miễn - Không Tham Gia Chích Ngừa Nhiễm Vi Khuẩn Sinh Thột U**  
**(Human Papillomavirus (HPV) Vaccination Opt-Out Certificate)**

**HƯỚNG DẪN ĐỂ ĐIỀN ĐƠN NÀY**

**Phần 1:** Điền vào thông tin của học sinh.

**Phần 2:** Được phụ huynh/giám hộ hay học sinh (nếu được 18 tuổi hay hơn) ký tên và đề ngày sau khi đã đọc qua Bản Tường Trình Thông tin về HPV.

<b>Phần 1: Thông tin của Học sinh</b>			
Tên Trường:			
Tên Học sinh:		Ngày sinh:	Lớp:
Địa chỉ:	Thành phố:	Mã số Bưu điện:	Điện thoại:
Tên và Địa chỉ của Tổ chức Cung ứng Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe:		Thành phố:	Mã số Bưu điện:
		Mã số Bưu điện:	Điện thoại:

Bắt đầu từ năm 2009 và chiếu theo Luật DC 17-10 (DC. Law 17-10 (Human Papillomavirus Vaccination and Reporting Act of 2007)), phụ huynh hay giám hộ hợp pháp đến ghi tên cho học sinh từ lớp 6 đến lớp 11, lần đầu tiên, tại một trường trong học khu DC, bắt buộc phải nộp một chứng chỉ chứng nhận học sinh:

1. Đã chích ngừa Human Papillomavirus (HPV); hay
2. Không chích ngừa Human Papillomavirus (HPV) vì:
  - a. Phụ huynh hay giám hộ đã thực tâm và gửi văn thư cho Giám đốc Học vụ/Hiệu trưởng trường học cho biết là chích ngừa sẽ vi phạm tín ngưỡng của mình;
  - b. Bác sĩ của học sinh, đại diện hay thẩm quyền y tế công cộng của học sinh, đã cung cấp cho trường một chứng chỉ chứng nhận là không nên chích ngừa, đứng về phương diện y học; hay
  - c. Phụ huynh hay giám hộ hợp pháp, với sự thận trọng suy xét, đã chọn không theo chương trình chích ngừa HPV bằng cách ký một nhận định là phụ huynh hay giám hộ hợp pháp đã được thông báo về điều kiện bắt buộc phải chích ngừa HPV và đã chọn không tham gia.

**Phần 2: Chữ ký**

**Xin Bãi Miễn - Không Tham Gia Chích Ngừa Nhiễm Vi khuẩn Sinh Thột U (HPV)**  
**(Opt-out for Human Papillomavirus Vaccine)**

Tôi đã nhận và đã xem qua các thông tin về vi khuẩn HPV và các lợi ích của chích ngừa HPV để phòng ngừa ung thư cổ tử cung và các mụn cóc nơi cơ quan sinh dục, nếu chích cho các em gái và trai dưới 13 tuổi. Sau khi đã được thông báo về rủi ro có thể bị nhiễm vi khuẩn HPV và mối kết giữa HPV và ung thư cổ tử cung, các ung thư khác và mụn cóc nơi cơ quan sinh dục, tôi đã quyết định là không tham gia yêu cầu về chích ngừa HPV cho học sinh có tên trên đây. Tôi biết là tôi có thể đặt lại vấn đề này bất cứ lúc nào và hoàn tất các chích ngừa đòi hỏi.

Chữ ký của Phụ huynh/Giám hộ hoặc Học sinh nếu 18 tuổi hay hơn

Ngày

Viết bằng chữ in Tên của Phụ huynh/Giám hộ hoặc Học sinh nếu 18 tuổi hay hơn

Ngày

## Đơn Nộp Cho Các Bữa Ăn Miễn Phí và Giảm Giá (FARM)

Các bữa ăn sáng, ăn giữa bữa sau giờ học và ăn tối sau giờ học ở trường đều miễn phí cho tất cả các học sinh. Cho năm học 2014-15, có khoảng 75 trường học sẽ được chứng nhận Cộng Đồng Đủ Điều Kiện (CEP), cho phép tất cả các học sinh ở những trường này nhận các bữa ăn trưa miễn phí. Những gia đình có học sinh đi học ở những trường CEP không phải nộp đơn FARM cho năm 2014-2015. Để biết trường nào được chứng nhận CEP, xin quý vị vào trang mạng của DCPS.

Để hợp lệ cho các bữa ăn miễn phí hoặc giảm giá, đơn FARM phải được điền hoàn tất. Mỗi gia đình chỉ cần nộp một đơn FARM, ngay cả khi các học sinh trong gia đình đi học ở các trường khác nhau trong DCPS.

**Đơn FARM cho năm học 2014-2015 sẽ có vào cuối tháng Sáu 2014, và không được nộp trước ngày 1 tháng Bảy 2014.** Đơn sẽ có sẵn tại văn phòng của các trường DCPS không được chứng nhận là CEP và sẽ có trên mạng trực tuyến với các ngôn ngữ khác nhau. **Sau ngày 1 tháng Bảy 2014**, để nộp đơn quý vị phải:

1. Nộp đơn đã điền hoàn tất trên giấy cho trường con em nhỏ tuổi nhất, nếu trường có nhận đơn (chú ý: các trường với chứng nhận CEP sẽ không nhận đơn FARM);
2. Nộp đơn đã được điền hoàn tất trên mạng qua đơn điện tử e-form; hoặc
3. Gửi Bưu điện đơn điền hoàn tất trên giấy tới địa chỉ:  
DC Public Schools, Office of Food and Nutrition Services  
1200 First St. NE, 11<sup>th</sup> Floor, Washington, DC 20002

Tất cả các học sinh DCPS sẽ theo tình trạng trả tiền ăn của năm học 2013-2014 cho tới 30 tháng Chín 2014. Bắt đầu ngày 1 tháng Mười 2014, tất cả các học sinh các trường không thuộc diện CEP, nếu không nộp đơn FARM thì tự động sẽ được yêu cầu trả tiền cho các bữa ăn trưa ở trường.

## Dị Ứng và Điều chỉnh Thức Ăn Thích Hợp

DCPS nhận biết rằng học sinh có thể có các nhu cầu quan trọng và khác nhau về thức ăn. Đơn “Học sinh với các Nhu Cầu Thức Ăn Đặc biệt” (“Students with Special Dietary Needs Form”) có ở mặt sau của trang này, cho phép phụ huynh thông báo cho nhà trường biết về các nhu cầu thức ăn của con em. **Xin lưu ý là đơn này phải được điền cho mỗi năm học vì các nhu cầu thức ăn thay đổi theo thời gian.**

Các bước phải theo trong Đơn Học Sinh với các Nhu Cầu Thức Ăn Đặc Biệt (Students with Special Dietary Needs Form):

1. **Đơn này bắt buộc phải có chữ ký của tổ chức y tế có giấy hành nghề** (ngoại trừ trường hợp học sinh không thích hợp với chất lactose (lactose intolerant) thì chỉ cần chữ ký của phụ huynh/giám hộ).
2. Đơn điền hoàn tất phải nộp cho y tá trường con em.
3. Y tá trường sẽ thông báo cho nhân viên trường học biết về các nhu cầu đặc biệt của học sinh để luôn luôn bảo đảm an toàn tại mọi thời điểm.
4. Y tá trường sẽ gửi đơn tới Văn phòng Thực Phẩm và Dinh Dưỡng (Office of Food and Nutrition Services) để bảo đảm tất cả các thức ăn sẽ được điều chỉnh thích hợp để phục vụ cho học sinh qua phòng ăn của trường.

Thêm các thông tin liên quan đến điều chỉnh thức ăn thích hợp cũng như “Đơn Điều chỉnh Thức Ăn Thích hợp theo Tôn giáo/Thói Quen” (“Religious/Philosophical Dietary Accommodations Application”) có thể tìm thấy trên mạng tại [dcps.dc.gov/DCPS/Beyond+the+Classroom/Food+Services/Food+Accommodations](http://dcps.dc.gov/DCPS/Beyond+the+Classroom/Food+Services/Food+Accommodations).

Có thêm câu hỏi hoặc có điều quan tâm, xin vui lòng liên lạc với Văn phòng Thực Phẩm và Dinh Dưỡng (Office of Food and Nutrition Services) tại: [food.dcps@dc.gov](mailto:food.dcps@dc.gov), (202) 442-5112, hoặc [dcps.dc.gov/DCPS/Beyond+the+Classroom/Food+Services](http://dcps.dc.gov/DCPS/Beyond+the+Classroom/Food+Services).





Xin nộp đơn này cho **Y tá** tại trường con em. Y tá sẽ thông báo cho nhân viên trường học và Văn phòng Thực phẩm và Dinh dưỡng (Office of Food & Nutrition Services) về nhu cầu của con em quý vị.

**Đơn Học Sinh với các Nhu Cầu Thức Ăn Đặc Biệt**  
(Students with Special Dietary Needs Form)  
**Năm học 2014-2015**

<b>Nếu học sinh có nhu cầu đặc biệt về dinh dưỡng hay cách thức ăn uống, xin điền hoàn tất đơn này và phải có chữ ký của một cơ quan thẩm quyền y tế. Nếu nhu cầu về dinh dưỡng được xác định trong Chương trình Học tập Cá nhân (IEP), xin đính kèm theo một bản sao IEP của con em.</b>		
Tên của Học Sinh:	Số thẻ Học sinh (ID):	Ngày Sinh:
Tên của Trường:	Lớp:	Tên của Giáo viên: (nếu biết)
Học sinh có bị khuyết tật hay không? Nếu có, mô tả các sinh hoạt chính trong đời sống bị ảnh hưởng do khuyết tật:		
Liệt kê các thức ăn kiêng đặc biệt hoặc hạn chế thức ăn:		
Loại thức ăn nào bị dị ứng hoặc không thích hợp:		
Loại thức ăn thay thế:		
Danh sách các thức ăn cần thay đổi độ mịn của thức ăn. Nếu tất cả các loại thức ăn cần chuẩn bị theo độ mịn của thức ăn, xin ghi rõ "Tất cả". Nếu cần, viết thêm vào tờ giấy riêng và đính kèm vào đơn này.		
Thức ăn đòi hỏi phải điều chỉnh độ mịn của thức ăn (độ mịn, lớn nhỏ)	Điều chỉnh tình trạng thức ăn (cắt nhỏ, nghiền nhỏ, xay nhuyễn, hoặc trộn lẫn với nhau, chất đặc)	Các hướng dẫn khác (bao gồm cung cách đặc biệt khi cho ăn, kỹ thuật cho ăn và các dụng cụ cần thiết)
Tên Phụ huynh/Giám hộ:	Điện thoại:	Địa chỉ Email:
Tên của Tổ chức Cung cấp Y tế:  (bác sĩ, phụ tá bác sĩ, y tá có đăng ký, v.v.)	Điện thoại:	
Thêm Tên Người Để Liên lạc:	Điện thoại:	
Thêm Tên Người Để Liên lạc:	Điện thoại:	

\_\_\_\_\_  
Chữ ký của Phụ huynh hoặc Giám hộ

\_\_\_\_\_  
Ngày

\_\_\_\_\_  
Chữ ký của Tổ chức Cung cấp Y tế

\_\_\_\_\_  
Ngày



## Thông Báo về các Quyền Theo Đạo Luật FERPA (Bảo vệ Quyền Riêng Tư và Giáo dục Gia đình)

Đạo luật Bảo vệ Quyền Riêng tư và Giáo dục Gia đình (Family Educational Rights and Privacy Act) (FERPA) đã cho các phụ huynh và các học sinh trên 18 tuổi (“các học sinh hội đủ điều kiện”) một số quyền liên quan tới các hồ sơ giáo dục của học sinh. Những quyền này là:

(1) **Quyền được kiểm tra và duyệt xét** các hồ sơ giáo dục của học sinh trong vòng 45 ngày kể từ ngày Các Trường Công Lập D.C. (DCPS) nhận được yêu cầu xin duyệt xét hồ sơ. Phụ huynh hoặc là các học sinh hội đủ điều kiện phải nộp cho hiệu trưởng trường một văn thư xác định rõ hồ sơ nào muốn duyệt xét. Hiệu trưởng trường hoặc một viên chức ở trường học sẽ sắp xếp và thông báo cho phụ huynh hoặc là học sinh hội đủ điều kiện biết ngày giờ và địa điểm có thể đến duyệt xét hồ sơ.

(2) **Quyền được yêu cầu sửa đổi các hồ sơ giáo dục** của học sinh mà phụ huynh hoặc là học sinh hội đủ điều kiện cho là không chính xác, sai lạc hoặc vi phạm quyền riêng tư của học sinh theo đạo luật FERPA. Phụ huynh hoặc là học sinh hội đủ điều kiện có thể viết một văn thư cho hiệu trưởng trường, xác định rõ phần nào của hồ sơ nào muốn được sửa đổi, và ghi rõ lý do tại sao phải sửa đổi. Nếu DCPS quyết định không sửa đổi hồ sơ như phụ huynh hoặc là học sinh hội đủ điều kiện yêu cầu, thì nhà trường sẽ thông báo cho phụ huynh hoặc học sinh hội đủ điều kiện biết quyết định này và cho biết là họ có quyền yêu cầu một buổi điều trần liên quan tới yêu cầu sửa đổi. Chi tiết khác liên quan tới thủ tục điều trần sẽ được cung cấp cho phụ huynh hoặc là học sinh hội đủ điều kiện khi thông báo về quyền có một buổi điều trần.

(3) **Quyền đồng ý (bằng văn thư) cho phổ biến các thông tin/chi tiết có thể nhận diện cá nhân** trong các hồ sơ giáo dục của học sinh, ngoại trừ trong phạm-vi mà FERPA cho phép tiết lộ không cần phải có sự chấp thuận. Ví dụ, FERPA cho phép tiết lộ với các nhân viên nhà trường mà không cần sự chấp thuận, những nhân viên mà DCPS xác nhận là có mối quan tâm thích đáng với việc giáo dục. Nhân-viên nhà trường là một người làm việc cho DCPS như quản trị viên hành chánh, giám thị, giáo viên, hoặc nhân-viên trợ giúp (bao gồm các nhân viên chăm lo sức khỏe và y tế, và các nhân viên thuộc đơn vị thi hành công lực); một cá nhân hoặc một công ty mà DCPS ký kết hợp đồng để thực hiện công tác đặc biệt (như luật sư, kiểm toán viên, chuyên viên y khoa, hoặc chuyên viên trị liệu); một hệ thống trường chính thức nơi học sinh tìm kiếm hoặc có ý định sẽ ghi tên, hoặc nơi học sinh đã ghi tên học; hoặc là phụ huynh, học-sinh hay thiện nguyện viên làm việc trong một ủy ban chính thức như ủy ban kỷ luật hay ủy ban khiếu nại, hoặc là phụ giúp nhân viên thi hành nhiệm vụ. Một nhân viên nhà trường có mối quan tâm thích đáng với việc giáo-dục nếu nhân-viên đó cần phải xem xét hồ sơ của học-sinh để làm tròn trách-nhiệm nghề nghiệp của mình.

(4) **Quyền được giữ lại không cho phổ biến thông tin danh mục.** Với sự thận trọng, DCPS có thể phổ biến/cung cấp “thông tin danh mục” cơ bản mà thông thường không được xem là nguy hại hoặc là xâm phạm đến sự riêng tư cá nhân dù không có sự đồng ý của phụ huynh hoặc là của học sinh hội đủ điều kiện chiếu theo những điều khoản của Đạo luật FERPA và Luật của Quận DC. Thông tin danh mục gồm có:

- |  |   |
|--|---|
| A. Tên học sinh  | F. Sức nặng và chiều cao của các thành viên trong |
| B. Địa chỉ của học sinh                                  | Đội Thể dục thể thao                              |
| C. Các số điện thoại của học sinh                        | G. Các Giải thưởng và Bằng Khen đã nhận được      |
| D. Tên trường đang theo học                              | H. Ngày và Nơi sinh của học sinh                  |
| E. Các môn Thể thao và Sinh hoạt chính thức đang tham dự | I. Tên các Trường đã theo học trước đây           |
|  | J. Những Ngày Đi học                              |

Phụ huynh hay các học sinh hội đủ điều kiện có thể thông báo cho DCPS để giữ lại không cho phổ biến một phần hay tất cả các thông tin/chi tiết được nêu ra ở trên, (i) bằng cách điền vào “**Đơn Phổ Biến Thông Tin Danh Mục Học Sinh**” (Release of Student Directory Information Form) **có ở [www.dcps.dc.gov/enroll](http://www.dcps.dc.gov/enroll) hay tại văn phòng trường khu vực, hoặc là (ii) thông báo bằng văn thư cho Văn Phòng Dữ liệu và Hữu Trách (Office of Data and Accountability) tại 1200 First St NE, 12th Floor, Washington, DC 20002. Mẫu Phổ biến hay Thông báo phải được nộp trong vòng 30 ngày kể từ ngày ra thông báo này.**

(5) **Quyền được lập hồ sơ khiếu nại** với Bộ Giáo Dục Hoa Kỳ (U.S. Department of Education) để khiếu nại về việc DCPS không theo đúng các điều kiện tất yếu của FERPA. Tên và địa chỉ của Văn Phòng Quản lý FERPA là: Family Policy Compliance Office, U.S. Department of Education, 400 Maryland Ave. SW, Washington, DC 20202.