

# 通用健康证

使用此表向您孩子所在学校/托儿所报告其身体健康状况。此为《哥伦比亚特区官方法典》(DC Official Code) 第 38-602 节所要求。请持执照医疗专业人士完成第 2 至第 4 部分。如需获取健康保险计划，请访问：[dchealthlink.com](https://dchealthlink.com)。您可以通过您孩子所在学校的总务处联系保健套餐服务 (Health Suite) 工作人员。

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                 |                                                                      |                                                                       |             |                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 第 1 部分：孩子个人信息   (由家长/监护人填写。)                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                 |                                                                      |                                                                       |             |                                                                                                   |
| 孩子姓氏：                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                 | 孩子名字：                                                                |                                                                       | 出生日期：       |                                                                                                   |
| 学校名称或托儿所名称：                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                 |                                                                      | 学生年级：                                                                 |             | 性别：<br><input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女<br><input type="checkbox"/> 非二元性别 |
| 家庭住址：                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                 | 公寓号：                                                                 | 城市：                                                                   | 州：          | 邮编：                                                                                               |
| 族裔： (请勾选所有适用项) <input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉美裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔/拉美裔 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不愿回答                                                                                                                                                           |                                                                                 |                                                                      |                                                                       |             |                                                                                                   |
| 种族： (请勾选所有适用项) <input type="checkbox"/> 美洲印第安人/阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亚裔 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民/太平洋岛民<br><input type="checkbox"/> 黑人/非裔美国人 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 不愿回答                                                                                 |                                                                                 |                                                                      |                                                                       |             |                                                                                                   |
| 家长/监护人姓名：                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                 |                                                                      | 家长/监护人电话：                                                             |             |                                                                                                   |
| 紧急联系人姓名：                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                 |                                                                      | 紧急联系人电话：                                                              |             |                                                                                                   |
| 保险类型： <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> 私人保险 <input type="checkbox"/> 无                                                                                                                                                                                                        |                                                                                 |                                                                      | 保险名称/身份识别号码：                                                          |             |                                                                                                   |
| 此孩子在过去一年内是否看过牙医/牙科服务提供者？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 |                                                                      |                                                                       |             |                                                                                                   |
| 我允许签署本表格的健康检查人员/设施与我孩子所在学校、托儿所、营地或相应的哥伦比亚特区政府机构共享此表格上的健康信息。此外，本人特此确认并同意，除犯罪行为、蓄意不当行为、严重疏忽或执意不当行为外，依据《哥伦比亚特区法》(DC Law) 第 17-107 节规定，哥伦比亚特区、学校、其雇员及代理人不因其作为或不作为而承担民事责任。我明白本表格应每年填写并交回至我孩子所在学校。                                                                                                            |                                                                                 |                                                                      |                                                                       |             |                                                                                                   |
| 家长/监护人签名： _____ 日期： _____                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                 |                                                                      |                                                                       |             |                                                                                                   |
| 第 2 部分：孩子健康史、检查和建议   (由持执照医疗保健提供者填写。)                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                 |                                                                      |                                                                       |             |                                                                                                   |
| 健康检查日期：                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 血压：<br>____/____<br><input type="checkbox"/> 正常<br><input type="checkbox"/> 不正常 | 体重：<br><br><input type="checkbox"/> 磅<br><input type="checkbox"/> 千克 | 身高：<br><br><input type="checkbox"/> 英寸<br><input type="checkbox"/> 厘米 | 体质指数 (BMI)： | BMI 百分位数：                                                                                         |
| 视力筛查视力水平：对于 3-6 岁儿童，只需填写 (合格/不合格)。<br>6 岁及以上儿童则需在此部分提供视力水平。                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                 |                                                                      |                                                                       |             |                                                                                                   |
| 视力筛查： 左眼：20/____ 右眼：20/____ <input type="checkbox"/> 矫正 <input type="checkbox"/> 佩戴眼镜 <input type="checkbox"/> 已转诊 <input type="checkbox"/> 未检测<br>左： <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格 右： <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格 <input type="checkbox"/> 未矫正 |                                                                                 |                                                                      |                                                                       |             |                                                                                                   |
| 听力筛查： (请勾选所有适用项) <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格 <input type="checkbox"/> 未检测 <input type="checkbox"/> 使用助听器 <input type="checkbox"/> 已转诊                                                                                                                                      |                                                                                 |                                                                      |                                                                       |             |                                                                                                   |

此孩童是否有以下健康问题？（请勾选所有适用项，并在下方提供详情）

☐ 哮喘

☐ 自闭症

☐ 行为问题

☐ 癌症

☐ 脑瘫

☐ 发育问题

☐ 糖尿病

☐ 生长迟缓

☐ 心脏衰竭

☐ 肾脏衰竭

☐ 语言/言语

☐ 肥胖

☐ 脊柱侧凸

☐ 癫痫

☐ 镰状细胞

☐ 可能需要紧急医疗护理的显著食物/药物/环境过敏。详情见下文。

☐ 长期用药、非处方药 (OTC) 或特殊护理要求。详情见下文。

☐ 显著健康史、病情、传染性疾病或限制。详情见下文。

☐ 其他：\_\_\_\_\_

请提供详情。如果此孩子接受处方/治疗，请附上一份完整的药物/医疗计划表；如果此孩子经转诊，请注明。

**结核病 (TB) 评估** | 结核检测呈阳者，应被转介至初级保健医师处进行评估。如有疑问，请致电 (202) 698-4040 联系 DC Health 结核病控制中心。请访问 [dchealth.dc.gov/page/tuberculosis-basics](https://dchealth.dc.gov/page/tuberculosis-basics)，了解有关结核病的更多信息。

|                                                                                                                |                                                                                                                                                                           |                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 此孩子患肺结核的风险等级为？<br><input type="checkbox"/> 高 > 完成皮肤检测<br>和/或 γ-干扰素释放试验 (IGRA) 检测<br><input type="checkbox"/> 低 | 皮肤检测日期：                                                                                                                                                                   | IGRA 血液检测日期：                                                                                              |
|                                                                                                                | 皮肤检测结果：<br><input type="checkbox"/> 阴性<br><input type="checkbox"/> 阳性，胸部 X 光 (CXR) 呈阴性<br><input type="checkbox"/> 阳性，胸部 X 光 (CXR) 呈阳性<br><input type="checkbox"/> 阳性，已治疗 | IGRA 结果：<br><input type="checkbox"/> 阴性<br><input type="checkbox"/> 阳性<br><input type="checkbox"/> 阳性，已治疗 |

关于结核病检测补充说明：

**铅接触风险筛查** | 所有铅含量均须报告至哥伦比亚特区儿童铅中毒预防中心 (Childhood Lead Poisoning Prevention)。请致电 (202) 481-3837 或传真至 (202) 535-2607。

|                                       |            |                                                                                 |                |
|---------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 仅适用于 6 岁以下儿童<br>每个孩子在 2 岁前必须进行 2 次铅检测 | 第 1 次检测日期： | 第 1 次结果：<br><input type="checkbox"/> 正常<br><input type="checkbox"/> 不正常，发育筛查日期： | 第 1 次血清/手指铅水平： |
|                                       | 第 2 次检测日期： | 第 2 次结果：<br><input type="checkbox"/> 正常<br><input type="checkbox"/> 不正常，发育筛查日期： | 第 2 次血清/手指铅水平： |
|                                       | 第 3 次检测日期： | 第 3 次结果：<br><input type="checkbox"/> 正常<br><input type="checkbox"/> 不正常，发育筛查日期： | 第 3 次血清/手指铅水平： |

第 3 部分：免疫信息 | （由持执照医疗保健提供者填写。）

|                                           |                        |   |                                           |   |       |   |   |
|-------------------------------------------|------------------------|---|-------------------------------------------|---|-------|---|---|
| 孩子姓氏：                                     | 孩子名字：                  |   |                                           |   | 出生日期： |   |   |
| 免疫接种                                      | 请在下方方框内提供免疫接种日期（月/日/年） |   |                                           |   |       |   |   |
| 白喉、破伤风、百日咳 (DTP, DTaP)                    | 1                      | 2 | 3                                         | 4 | 5     |   |   |
| 白喉和破伤风 (DT) (< 7 岁) / 破伤风和白喉 (TD) (> 7 岁) | 1                      | 2 | 3                                         | 4 | 5     |   |   |
| 百白破 (Tdap) 疫苗加强剂                          | 1                      |   |                                           |   |       |   |   |
| 百白破-灭活脊髓灰质炎疫苗 (IPV)                       | 1                      | 2 |                                           |   |       |   |   |
| 百白破-灭活脊髓灰质炎疫苗-乙型流感嗜血杆菌                    | 1                      | 2 | 3                                         |   |       |   |   |
| 百白破-乙型肝炎-灭活脊髓灰质炎疫苗                        | 1                      | 2 | 3                                         |   |       |   |   |
| 百白破-灭活脊髓灰质炎疫苗-乙型流感嗜血杆菌-乙型肝炎               | 1                      | 2 | 3                                         |   |       |   |   |
| 乙型流感嗜血杆菌 (Hib)                            | 1                      | 2 | 3                                         | 4 |       |   |   |
| 乙型肝炎 (HepB)                               | 1                      | 2 | 3                                         | 4 |       |   |   |
| 脊髓灰质炎（脊髓灰质炎灭活疫苗 (IPV), 口服脊髓灰质炎疫苗 (OPV)）   | 1                      | 2 | 3                                         | 4 |       |   |   |
| 麻疹、腮腺炎、风疹（麻腮风三联疫苗 (MMR)）                  | 1                      | 2 |                                           |   |       |   |   |
| 麻疹                                        | 1                      | 2 |                                           |   |       |   |   |
| 腮腺炎                                       | 1                      | 2 |                                           |   |       |   |   |
| 风疹                                        | 1                      | 2 |                                           |   |       |   |   |
| 水痘                                        | 1                      | 2 | 孩子起过水痘（月份和年份）： _____<br>核实人（姓名和职称）： _____ |   |       |   |   |
| 肺炎球菌联合疫苗                                  | 1                      | 2 | 3                                         | 4 |       |   |   |
| 甲型肝炎 (HepA)（出生于 2005 年 1 月 1 日或之后）        | 1                      | 2 |                                           |   |       |   |   |
| 人乳头瘤病毒 (HPV) 疫苗                           | 1                      | 2 | 3                                         |   |       |   |   |
| 脑膜炎球菌疫苗                                   | 1                      | 2 |                                           |   |       |   |   |
| 流感疫苗（建议）                                  | 1                      | 2 | 3                                         | 4 | 5     | 6 | 7 |
| 轮状病毒疫苗（建议）                                | 1                      | 2 | 3                                         |   |       |   |   |
| COVID-19/冠状病毒疫苗（建议）                       | 1                      | 2 | 3                                         | 4 | 5     | 6 | 7 |
| 其他                                        | 1                      | 2 | 3                                         | 4 | 5     | 6 | 7 |

☐ 此孩童未能按时进行免疫接种，但已制定计划恢复接种。  
下次预约为： \_\_\_\_\_

医疗豁免 (如适用)

我证明上述孩童当下患有有效的医疗禁忌症, 不适合接受以下免疫接种:

☐ 白喉

☐ 破伤风

☐ 百日咳

☐ 乙型流感嗜血杆菌

☐ 乙型肝炎

☐ 脊髓灰质炎 (所有 3 种脊灰病毒血清型)

☐ 麻疹

☐ 腮腺炎

☐ 风疹

☐ 水痘

☐ 肺炎球菌

☐ 甲型肝炎

☐ 脑膜炎球菌疫苗 (ACWY)

☐ 人乳头瘤病毒疫苗 (HPV)

☐ COVID-19/ 冠状病毒

此医疗禁忌为永久性或暂时性?

☐ 永久性

☐ 暂时性, 直至: (日期)

替代免疫接种证明 (如适用)

我证明上述孩童具有针对下列免疫接种的实验室证据, 我已附上滴度结果副本。

☐ 白喉

☐ 破伤风

☐ 百日咳

☐ 乙型流感嗜血杆菌

☐ 乙型肝炎

☐ 脊髓灰质炎 (所有 3 种脊灰病毒血清型)

☐ 麻疹

☐ 腮腺炎

☐ 风疹

☐ 水痘

☐ 肺炎球菌

☐ 甲型肝炎

☐ 人乳头瘤病毒疫苗 (HPV)

第 4 部分: 持执照保健执业医师证明 | (由持执照医疗保健提供者填写。)

该孩童已按照本表规定的项目进行了适当的检查, 健康史已审查并记录。在检查时, 该孩童的健康状况良好, 可参加所有学校、夏令营或托儿所的活动, 除第一页注明的情况外。

该孩童获批可以参加**竞技运动**。

☐ 不适用

☐ 否

☐ 是

☐ 是, 有待来自以下的额外许可:

我特此证明, 我对该孩童进行了检查, 此处记录信息根据检查结果确定。

持执照医疗保健提供者办公室印章

医疗保健提供者姓名:

医疗保健提供者电话:

医疗保健提供者签名:

日期:

仅供办公室使用 | 学校官员和 Health Suite 工作人员收到的通用健康证。

学校官员姓名:

签名:

日期:

Health Suite 工作人员姓名:

签名:

日期:

哥伦比亚特区卫生部 (DC HEALTH) 2201 Shannon Place SE | Washington, DC 20020 | (202) 442-5955 | dchealth.dc.gov

修订于 04/26/2024 页数 4