



(Vietnamese)

CH NG CH KHĂM S C KH ET NG QUÁT C A D.C.
(DISTRICT OF COLUMBIA UNIVERSAL HEALTH CERTIFICATE)

Phần 1: Thông Tin Cá nhân Trẻ Em

Phụ huynh/Giám hộ: Xin ý rõ ràng và hoàn tất Phần 1 & ký tên vào Phần 5 để si y.

Họ và Tên Trẻ Em:	Tên và Tên Lót của Trẻ Em:	Ngày Sinh:	Phái tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Chung t c/Dân t c: <input type="checkbox"/> Trẻ ng không ph i Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> en không ph i Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Á Châu hay Các o Thái Bình D ng <input type="checkbox"/> Khách n
Tên của Phụ huynh/Giám hộ:	S i n Th o i: <input type="checkbox"/> Nhà <input type="checkbox"/> C m Tay <input type="checkbox"/> S Là m	Địa chỉ Nhà:	Ph ng:	
Tên Ng i C n Liên l c Tr ng h p Kh n c p:	S i n Th o i Tr ng h p Kh n c p: <input type="checkbox"/> Nhà <input type="checkbox"/> C m Tay <input type="checkbox"/> S Là m	Thành ph /T i u bang (n u khác h n D.C.):	Mã S B u i n:	
Tên Tr ng H c hay C S Ch m Sóc Tr Em (Nhà Tr):	<input type="checkbox"/> Tr c p Y t <input type="checkbox"/> B o h i m T <input type="checkbox"/> Không có B o h i m	T ch c Ch m sóc S c kh e Chính (PCP):		
Tên Hãng B o H i m / S ID:				

Phần 2: Tiêu Y t, Khám S c Kh e C a Tr Em & Các Ngh

Chuyên Viên Y T: n Ph i c i n Hoàn T t.

NGÀY KHĂM S C KH E:	WT: (CÁN N NG) <input type="checkbox"/> LBS <input type="checkbox"/> KG	HT: (CHI U CAO) <input type="checkbox"/> IN <input type="checkbox"/> CM	BP: (i nh n 3 tu y) (HUY T ÁP) <input type="checkbox"/> NML (BÌNH TH NG) <input type="checkbox"/> ABNL (KHÔNG BÌNH TH NG)	Body Mass Index (BMI) Ch s Kh il ng C th (i nh n 2 tu y) %
---------------------	---	---	--	--

HGB / HCT

(B Q bu c y i i v s i tr Sem d i 6 tu i)

Khám Th gi ác (M t) B-1.7204]0 T0.571 0 Td04B47.78

NONE (KHÔNG) YES (CÓ) Referred (ng h) Under Rx (ng U ng Thu ấ tr n ào ò i h i trong su t gi h c tr ng, c n ph i n p K ho ch Dùng Thu c c a Chuyên viên Y T có Gi y Phép Hành

Gi y Cho Phép Dùng Thu c (Licensed Health Practitioner's Medication Plan or Medication Authorization Order) cùng v i n này).

Phần 3: Th m nh và Th Nghi m S Nguy Hi m T i p xúc v i Ch t Chì và B nh Lao:

TH M NH NGUY HI M TB:	<input type="checkbox"/> CAO a <input type="checkbox"/> TH P	Th Lao Ngoài Da (TST) NGÀY:	<input type="checkbox"/> ẨM TÍNH <input type="checkbox"/> D NG TÍNH	N u TST D ng tính <input type="checkbox"/> CXR ẨM TÍNH <input type="checkbox"/> CXR D NG TÍNH <input type="checkbox"/> Á I U TR	Nhân viên Y t: V i TST d ng tính, c n ph i ng h m t s th m nh v i PCP. N u có th c m c, xin g i: T.B. Control: 202-698-4040.
NGUY HI M T I P XÚC V I CHÌ:	NGÀY TH	NGHI M CH T CHÌ:	K T QU :	T ch c/Chuyên viên Y t: T T C m c ch i u ph i báo cáo cho Ch ng trính DC Phòng ng	

CH NG CH KHÁM S C KHO T NG QUÁT C A D.C
(DISTRICT OF COLUMBIA UNIVERSAL HEALTH CERTIFICATE)

H c a H c Sinh:

Tên c a H c Sinh:

Ngày Sinh:
