

紐約州
兒童與家庭服務辦公室
工作人員、志工和家庭成員的醫療聲明
托兒計畫

說明：

- 將此表格的兩面都需要簽名。如果唯一人的職責是家庭成員，只需填寫首頁即可。
- 只有醫療服務提供者（醫生、醫生助理、執業護士）需要填寫/簽署醫療狀況部分。
- 持業護士無權在醫療狀況部分簽名，但可以在結核病測試資訊部分簽名。
- 只要資訊包括在本表中，醫護人員就可以使用同等的表格。
- 見背面關於結核菌素測試的其他說明。
- （請填寫清楚）：

本人證明本人並未偽造或篡改本文件中的任何資訊。本人知道提交和/或持有偽造或篡改的文件可能構成犯罪。除了可能受到刑事起訴外，任何被發現提交和/或擁有此類文件的計畫都有可能受到紐約州兒童與家庭服務辦公室處罰（罰款），和/或導致註冊許可或登記遭到拒絕或撤銷。

| | |
|-------|--------------|
| 計畫名稱： | 機構識別號碼： |
| 人員姓名： | 出生日期： / / |

| | | | |
|--------------|---|---|--|
| 計畫類型： | 家庭日托、集體家庭日托、小型日託中心 | 日託中心、學齡兒童照顧、合法豁免的團體計畫 | 各項計畫 |
| 職責： | <input type="checkbox"/> 提供者 <input type="checkbox"/> 替代者 <input type="checkbox"/> 助理 <input type="checkbox"/> 家庭成員（GFDC/FDC） | <input type="checkbox"/> 主管 <input type="checkbox"/> 小組老師 <input type="checkbox"/> 助教 | <input type="checkbox"/> 職員 <input type="checkbox"/> 志工 |

典型的兒童日托職責

- | | | |
|---------------|---------|--------------|
| • 抱兒童以及幫助兒童走動 | • 車輛駕駛員 | • 場所維護 |
| • 與兒童密切接觸 | • 食物製作 | • 緊急情況下的兒童疏散 |
| • 直接監護兒童 | • 辦公室工作 | |

————— 以下內容僅由醫療保健提供者填寫 —————

醫療狀況

| | | | |
|-----------------------------------|----------------------------|----------------------------|--|
| 根據本人對上述個人的了解，本人發現： | | | |
| 他們目前出現了傳染病的跡象，會對受照顧兒童的健康和安全構成威脅。 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | |
| 他們有經診斷的精神或情緒障礙，會對受照料兒童的健康和安全構成風險。 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | |
| 他們的身體狀況會使其無法履行上述典型的兒童日托職責。 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 不適用（如果唯一職責是志工或家庭成員） |
| 針對任何「是」的回答，請澄清和/或表明相關限制： | | | |
| | | | |

簽名（醫生、醫生助理、執業護士）

職稱

/ /

姓名（請填寫清楚或使用辦公室印章）

檢驗日期：

() -

/ /

電話

簽名日期

紐約州
兒童與家庭服務辦公室
工作人員、志工和家庭成員的醫療聲明
托兒計畫

| |
|-------|
| 計畫名稱： |
| 人員姓名： |

| |
|---------|
| 機構識別號碼： |
| 出生日期： |

說明：

- 在以家庭為基礎的計畫中，沒有其他職責的家庭成員不需要進行結核菌素檢測，也不需要填寫此頁。在合法豁免的計畫中無職責者不需要進行結核菌素檢測。
- 健康保健專業人員（醫生、醫生助理、執業護士）或持牌護士作為其在健康保健機構的職責之一，可以在結核菌素檢測資訊部分輸入結果並在本頁簽名。
- 可接受的結核菌素檢測包括 Mantoux 或其他聯邦批准的結核菌素檢測。
- （請填寫清楚）：

以下內容僅由醫療保健專業人員填寫

結核菌素檢測資訊

檢測完成

檢測讀取時間： / /
(月/日/年)

檢測結果： 陽性 陰性 _____ mm

如果是陽性，此人與參加托兒所的兒童接觸是否會對兒童的健康和安全造成危險？

是 否

檢測未完成

未經檢測。解釋理由：

醫療豁免或禁忌症

如果先前的檢測結果呈陽性，請註明日期： / /
(月/日/年)

如果先前是陽性，此人與參加托兒所的兒童接觸是否會對兒童的健康和安全造成危險？

是 否

簽名 (醫生、醫生助理、執業護士或註冊護士)

姓名 (請填寫清楚或使用辦公室印章)

職稱

() -

/ /

電話

日期

交回表格的計畫說明：

- **GFDC/FDC 計畫**—向您的授權或註冊機構返回填好的表格
- **DCC/SACC 計畫 - 主管** - 將這份填好的表格交給您的授權或註冊機構；所有其他工作人員 - 將表格交給主管進行評估。
- **獲合法豁免的集體計畫主管**—將此表格交予您的註冊機構。
- **合法豁免計畫的員工和志工**—將此表格交予您的主管