

**ОТЧЕТ О ЗДОРОВЬЕ РЕБЕНКА – ЦЕНТРЫ ПО УХОДУ ЗА ДЕТЬМИ**  
**CHILD HEALTH REPORT – CHILD CARE CENTERS**

**Использование формы.** Использование этой формы является обязательным в соответствии с требованиями DCF 250.07(6)(L)3. и DCF 251.07(6)(k)3. Она также удовлетворяет требованиям DCF 202.08(4). Невыполнение данных требований может привести к изданию постановления о несоответствии. Личная информация, содержащаяся в этой форме, будет использована только для подтверждения соответствия правилам лицензирования.

**Указания.** Каждый ребенок в возрасте до 2-х лет проходит первоначальный медосмотр не раньше чем за 6 месяцев до приема в центр и не позднее чем через 3 месяца после приема в центр и последующие медосмотры не реже одного раза в 6 месяцев после приема в центр. За исключением детей школьного возраста, каждый ребенок в возрасте 2-х лет и старше проходит первоначальный медосмотр не раньше чем за один год до приема в центр и не позднее чем через 3 месяца после приема в центр и последующие медосмотры не реже одного раза в два года после приема в центр.

**Раздел заполняют РОДИТЕЛИ ИЛИ ОПЕКУН.**

Имя ребенка (фамилия, имя, отчество)	Дата рождения ребенка (месяц, день, год)
--------------------------------------	--

Адрес ребенка (улица, город, штат, почтовый индекс)

Имя родителя или опекуна – (фамилия, имя, отчество)

Адрес родителя или опекуна – (улица, город, штат, почтовый индекс)

**Раздел заполняет СПЕЦИАЛИСТ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.**

Указания по кормлению и уходу за ребенком с особыми проблемами, включая аллергию – уточните.

Дата последнего анализа на \_\_\_\_\_ (месяц, день, год). Примечание. Детям, имеющим страховку наличие свинца в крови \_\_\_\_\_ Medicaid, нужно делать анализы в возрасте около 12-и месяцев и 24-х месяцев или один раз в возрасте от 3-х до 5-х лет, если нет записи о предыдущем анализе. Анализ на наличие свинца в крови является необязательным для детей, незастрахованных в Medicaid.  
Прививки, запрещенные ребенку по медицинским причинам, – укажите.

**РАЗРЕШЕНИЕ**

Настоящим подтверждаю, что я осмотрел (а) этого ребенка в указанный день и что ребенок может участвовать в мероприятиях центра по уходу за детьми.

Имя врача, помощника врача или поставщика медицинских услуг (напечатайте или напишите печатными буквами)	Адрес – (улица, город, штат, почтовый индекс)
--	---

<b>ПОДПИСЬ</b> врача, помощника врача или поставщика медицинских услуг	Дата обследования
--	-------------------