

Báo Cáo Khám Sức Khỏe

Nếu không gửi lại mẫu này đã điền đầy đủ chậm nhất vào _____
cho Department of Licensing (DOL), người lái xe có thể bị đình chỉ đặc quyền lái xe.

Gửi thư qua đường bưu điện hoặc
chuyển fax bản báo cáo đến:
**Record Documentation
Department of Licensing
PO Box 9030
Olympia, WA 98507**
Fax: **(360) 570-7893**
Email: **MedicalCerts@dol.wa.gov**

Thông tin về Người Lái Xe/Bệnh Nhân

Tên (Họ, Tên, Tên Đệm)

Ngày sinh

Số điện thoại chỉ gọi vào ban ngày gồm 10 chữ số

Số giấy phép lái xe

Đồng ý tiết lộ thông tin

Tôi cho phép MD (Medical Doctor, Bác Sĩ Y Khoa), DO (Doctor of Osteopathic Medicine, Bác Sĩ Y Khoa Chỉnh Hình), Bác Sĩ Y Học Cổ Truyền, RN (Registered Nurse, Điều Dưỡng Đã Đăng Ký), ARNP (Advanced Registered Nurse Practitioner, Điều Dưỡng Đã Đăng Ký Thực Hành Nâng Cao), PA (Physician Assistant, Phụ Tá Bác Sĩ), PAC (Physician Assistant Certified, Phụ Tá Bác Sĩ Được Chứng Nhận), DPM (Doctor of Podiatric Medicine, Bác Sĩ Chuyên Khoa Chân), Bác Sĩ Tâm Thần hoặc Chuyên Gia Tâm Lý được cấp phép hành nghề dưới đây cung cấp thông tin liên quan đến bệnh trạng từ lần khám sức khỏe của tôi **được thực hiện trong 3 tháng qua**. Tôi hiểu rằng Department of Licensing sẽ sử dụng thông tin này để đưa ra quyết định về việc tôi có khả năng điều khiển phương tiện cơ giới một cách an toàn hay không.

Chữ ký của người lái xe

Ngày

Chữ ký của phụ huynh (nếu là trẻ vị thành niên)

Ngày

Nhà cung cấp dịch vụ y tế – CHỈ dành cho MD, DO, Bác Sĩ Y Học Cổ Truyền, RN, ARNP, PA, PAC, DPM, Bác Sĩ Tâm Thần hoặc Chuyên Gia Tâm Lý

DOL có lý do để tin rằng người lái xe có tên nêu trên có thể mắc một tình trạng có thể ảnh hưởng đến việc vận hành an toàn xe cơ giới.

Hiểu biết của quý vị về tình trạng của người này sẽ hỗ trợ rất nhiều để chúng tôi đưa ra quyết định cấp phép phù hợp. **DOL sẽ hoàn toàn chịu trách nhiệm về mọi quyết định** liên quan đến năng lực lái xe và cấp phép. **Trả lời TẤT CẢ các câu hỏi** và gửi lại cho DOL.

Người này đã là bệnh nhân của quý vị bao lâu rồi?

Ngày khám (trong vòng 3 tháng qua)

Trả lời các câu sau

1. Theo những gì quý vị biết, người này có bị mất ý thức trong 6 tháng qua không? Có Không
2. Dựa trên kết quả khám này, quý vị có phát hiện bệnh trạng có thể ảnh hưởng đến khả năng lái xe của người này không? Có Không

Nếu trả lời “Có” cho câu hỏi 1 hoặc 2, hãy trả lời câu hỏi sau:

a. Bệnh trạng: (chọn tất cả các phương án phù hợp)

- Mất ý thức hoặc mất kiểm soát/co giật—Tháng và năm của lần xảy ra gần đây nhất: _____
- Ngưng thở khi ngủ, chứng ngủ rũ, rối loạn giấc ngủ—Tháng và năm của lần xảy ra gần đây nhất: _____
- Chứng mất trí nhớ hoặc suy giảm nhận thức—Quý vị có nhận thấy sự suy giảm trong 12 tháng qua không? Có Không
- Mất khả năng kiểm soát/khả năng vận động của cơ—Quý vị có nhận thấy sự suy giảm trong 12 tháng qua không? Có Không
- Khác _____

b. Tình trạng của người này:

- Được kiểm soát/ổn định Được kiểm soát bằng thuốc có thể ảnh hưởng đến khả năng lái xe của họ
- Có thể cản trở việc lái xe

c. Theo ý kiến chuyên môn của quý vị, người này có khả năng điều khiển xe cơ giới một cách an toàn không? Có Không

Nếu trả lời “Không” thì quý vị có khuyên người này không nên lái xe không? Có Không

d. DOL có cần theo dõi tình trạng của người lái xe này dựa trên Báo Cáo Khám Sức Khỏe định kỳ không? .. Có Không

Nếu trả lời “Có” thì theo dõi bao lâu một lần? 6 tháng 1 năm 2 năm

Nhận xét/Các tình trạng khác có thể ảnh hưởng đến việc lái xe của người này

Tên của nhà cung cấp dịch vụ y tế

Số giấy phép chuyên môn

Địa chỉ (Địa chỉ đường phố, Thành Phố, Tiểu Bang, Mã bưu điện)

Số điện thoại gồm 10 chữ số

Số fax gồm 10 chữ số

Email

Tôi chấp nhận hình phạt nếu khai man theo luật của Washington và tuyên bố rằng thông tin mà tôi đã cung cấp là đúng sự thật và chính xác.

X

Ngày _____ Nơi (thành phố hoặc quận) ký _____

Chữ ký của nhà cung cấp dịch vụ y tế (CHỈ dành cho MD, DO, RN, ARNP, PA, PAC, DPM, Bác Sĩ Tâm Thần hoặc Chuyên Gia Tâm Lý)