

# 호놀룰루 YMCA

## 결핵 음성반응 건강진단서

이 서류는 YMCA의 건강진단서입니다. 이 서류를 의사면허가 있는 의사에게 가져가 여러분의 아이에게 결핵 음성반응이 나왔음을 증명하는 확인을 받아주십시오. 영어로 기입해주시요.

### 아이에 관한 정보

1. 이름 \_\_\_\_\_ 2. 생년월일 \_\_\_\_\_  
이름 성(姓) 월/ 일/ 연도
3. 부모 또는 보호자 이름 \_\_\_\_\_
4. 한국에 있는 집 주소 \_\_\_\_\_  
번지수, 동, 구, 시, 우편번호, 나라 이름
5. 전화번호( ) \_\_\_\_\_ 6. 이메일 주소 \_\_\_\_\_

### 하와이 거주 지역에 관한 정보

1. 오아후섬내 거주지 주소 \_\_\_\_\_  
주소 및 아파트 호수 시(City) 주(State) 우편번호(ZIP)
2. 거주지 전화번호( ) \_\_\_\_\_ 3. 호텔 이름 \_\_\_\_\_

### 내과의사가 기입하는 난

면허가 있는 의사가 기입해야 함.

\_\_\_\_\_, 다음을 증명합니다. \_\_\_\_\_  
내과의사 이름 (대문자 영어로 기입) 아이의 이름 (대문자 영어로 기입)

다음 사항을 충족하고 있습니다: (해당사항을 모두 확인, 기입하시요) YMCA의 프로그램을 이용하려면 다음 중 하나 또는 두 가지 사항을 충족해야 합니다.

1.  결핵음성반응을 확인한 날짜 \_\_\_\_\_ (월/ 일/ 연도);
2.  결핵백신을 접종한 날짜 \_\_\_\_\_ (월/ 일/ 연도).

의사 서명: \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

병원 주소 \_\_\_\_\_ 전화번호 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 부모 또는 보호자 서명

위에 기입한 모든 정보는 사실과 틀림이 없음을 증명합니다.

부모/ 보호자 서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

이 서류를 작성한 뒤 YMCA 프로그램 신청서와 함께 제출해주세요.  
감사합니다.



# YMCA of Honolulu

## Health Clearance for Tuberculosis

Please provide verification that your child has been cleared of Tuberculosis by a licensed physician. This form is provided to assist you in meeting the YMCA's health clearance requirement.

### Child's Information

1. Name \_\_\_\_\_  
*First Last*

2. Date of Birth \_\_\_\_\_  
*Month/Day/Year*

3. Parent/Guardian's Name \_\_\_\_\_

4. Home Address \_\_\_\_\_  
*Street, City, State, ZIP, Country*

5. Home Phone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

6. E-mail \_\_\_\_\_

### Local Contact Information

1. Local Address on Oahu \_\_\_\_\_  
*Street (w/apt or room #) City State ZIP*

2. Local Phone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

3. Hotel name \_\_\_\_\_

### Physician Section

**To be completed by a licensed physician**

I \_\_\_\_\_, verify that that \_\_\_\_\_  
*Physician's name (please print) Child's name (please print)*

has been: (check all that applies) *one or both boxes must be checked for your child to be able to attend the YMCA*

1.  cleared of Tuberculosis on \_\_\_\_\_ (mm/dd/yy);

2.  administered the Tuberculosis vaccine on \_\_\_\_\_ (mm/dd/yy).

Physician's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Physician's Address \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telephone \_\_\_\_\_

### Parent/Guardian Signature

The above information provided on this form is correct and true to the best of my knowledge.

Parent/Guardian's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Please submit this completed form with your YMCA program registration form.  
Thank you.

