

मैरीलैंड राज्य शिक्षा विभाग (MARYLAND STATE DEPARTMENT OF EDUCATION)

बाल देखभाल कार्यालय (Office of Child Care)

चाइल्ड केयर के लिए चिकित्सा संबंधी रिपोर्ट

मूल्यांकन किये जा रहे व्यक्ति का नाम: _____ जन्म तिथि: _____

चाइल्ड केयर आवेदनकर्ता/प्रदाता/फैसिलिटी का नाम: _____

फैसिलिटी का पता: _____

प्रिय हेल्थ प्रैक्टिशनर:

जिसका मूल्यांकन किया जाना है वह व्यक्ति या तो चाइल्ड केयर सेवाएं प्रदान करता है (या फिर ऐसा करने की उसकी योजना है) या फिर किसी ऐसे घर में रहता है जहाँ फैमिली चाइल्ड केयर दी जा रही है (या दी जाएगी)।

1) देखभाल किये जा रहे बच्चों से संपर्क से प्रतिबंधित या विशेष परिस्थितियाँ आवश्यक है क्योंकि नीचे वर्णित स्थितियों में से कोई है:

a) संचारी रोग: _____

b) चिरकालिक चिकित्सा संबंधी स्थिति या शारीरिक बाधा: _____

c) दृष्टि/श्रवण/वाचा संबंधी रोग: _____

d) तंत्रिका या संवेगात्मक रोग: _____

e) नशीली दवाओं या शराब का अत्यधिक सेवन: _____

f) टीकाकरण स्थिति: _____

2) ट्यूबरक्युलोसिस (क्षय) की जाँच: (यदि ज़रूरत हो या स्थानीय स्वास्थ्य अधिकारी द्वारा माँग की गई हो।)

परीक्षण का प्रकार: _____ परिणाम: _____ तिथि: _____

यदि मूल्यांकन किया जा रहा व्यक्ति चाइल्ड केयर सेवाएं प्रदान करता है (या प्रदान करने की योजना रखता है), तो प्रश्न 3 का उत्तर दें:

जो व्यक्ति चाइल्ड केयर सेवाएं प्रदान करते हैं वे सक्रिय छोटे बच्चों के लिए किसी कार्यक्रम में पूरी तरह से हिस्सा लेने में सक्षम होने चाहिए। इसमें शिशुओं और छोटे बच्चों को उठाना, फर्श पर बैठना और उठना, सक्रिय बाहरी गतिविधियाँ और सामान हटाना शामिल हैं। इसमें बच्चों को किसी मोटर चालित वाहन में किसी स्थान से लाना ले जाना भी शामिल हो सकता है।

3) व्यक्ति की चिकित्सा संबंधी मर्यादा(ओं) या व्यक्ति ले रहा हो ऐसी दवा(ओं) का वर्णन करें, जो कि व्यक्ति की देखभाल संबंधी गतिविधियाँ करने की क्षमताओं, जो कि ऊपर नोट की गई हैं, को बाधित कर सकती हैं।

फिज़िशियन, **CNP, RPA** के हस्ताक्षर

तिथि

फोन नंबर

मुद्रा लगाएं, प्रिंट करें या टाइप करें: फिज़िशियन, सर्टिफाइड नर्स प्रैक्टिशनर, रजिस्टर्ड फिज़िशियन्स आसिस्टन्ट का नाम और पता।