

Báo Cáo Khám Sức Khỏe

Gửi qua bưu điện hoặc chuyển fax
bản báo cáo đã được hoàn tất đến:
Restricted Licensing
Department of Licensing
PO Box 9030
Olympia, WA 98507
Fax: (360) 570-7893
Email: MedicalCerts@dol.wa.gov

Việc không gửi lại mẫu đơn đã được hoàn tất này chậm nhất vào _____
đến Department of Licensing (DOL) có thể dẫn đến việc đình chỉ đặc quyền lái xe của
người lái xe.

| Thông tin người lái xe/Bệnh nhân | | |
|---|----------------------------------|--|
| Tên (Họ, Tên gọi, Tên lót) | | |
| Ngày sinh | (Mã vùng) Số điện thoại ban ngày | Số giấy phép lái xe |
| <p>Đồng ý tiết lộ thông tin <i>Tôi cho phép MD (Medical Doctor, Bác Sĩ Y Khoa), DO (Doctor of Osteopathic Medicine, Bác Sĩ Tổng Quát), Bác Sĩ Y Học Cổ Truyền, RN (Registered Nurse, Y Tá Hành Nghề), ARNP (Advanced Registered Nurse Practitioner, Y Tá Hành Nghề Cấp Cao), PA (Physician Assistant, Phụ Tá Bác Sĩ), PAC (Physician Assistant Certified, Phụ Tá Bác Sĩ Được Chứng Nhận), Bác Sĩ Tâm Thần, hoặc Chuyên Gia Tâm Lý được cấp phép hành nghề dưới đây cung cấp thông tin liên quan đến tình trạng y tế từ lần kiểm tra của tôi được thực hiện trong 3 tháng qua. Tôi hiểu rằng Department of Licensing sẽ sử dụng thông tin này để đưa đến quyết định liên quan đến khả năng điều khiển an toàn xe cơ giới của tôi.</i></p> | | |
| X | X | |
| Chữ ký của người lái xe | Ngày | Chữ ký của phụ huynh (nếu là trẻ vị thành niên) Ngày |

| Medical provider – MD, DO, Naturopath, RN, ARNP, PA, PAC, DPM, Psychiatrist, or Psychologist ONLY | |
|---|--|
| DOL has reason to believe the driver named above may have a condition that could affect the safe operation of a motor vehicle. | |
| Your knowledge of this person's condition is of great value in assisting us determine a proper licensing decision. DOL has sole responsibility for any decision regarding driving qualifications and licensure. Answer ALL questions and return to DOL. | |
| How long has this person been your patient? | Date of examination (within last 3 months) |
| Answer the following | |
| 1. To your knowledge, has this person lost consciousness in the past 6 months? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | |
| 2. Based on this examination, did you find a medical condition that may affect this person's ability to drive? . . . <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | |
| If "Yes" to either question 1 or 2, answer the following: | |
| a. Medical condition: (select all that apply) | |
| <input type="checkbox"/> Loss of consciousness or control/seizure – Month and year of most recent occurrence: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Sleep apnea, narcolepsy, sleep disorder – Month and year of most recent occurrence: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Dementia or cognitive impairment – Have you noticed a decline over the past 12 months? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | |
| <input type="checkbox"/> Loss of muscular control/mobility – Have you noticed a decline over the past 12 months? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | |
| <input type="checkbox"/> Other _____ | |
| b. This person's condition: | |
| <input type="checkbox"/> Is controlled/stable <input type="checkbox"/> Is controlled by medication that may affect their ability to drive <input type="checkbox"/> May interfere with driving | |
| c. In your professional opinion, is this person able to safely operate a motor vehicle? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unsure | |
| If "No", have you advised this person not to drive? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | |
| d. Should DOL monitor this driver's condition with periodic Physical Examination Reports? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | |
| If "Yes", how often? <input type="checkbox"/> 6 months <input type="checkbox"/> 1 year <input type="checkbox"/> 2 years | |
| Comments/Other conditions that may affect this person's driving | |

| | | |
|--|-------------------------------|----------|
| Medical provider name | Professional license number | |
| Address (Street address, City, State, ZIP code) | | |
| (Area code) Telephone number | (Area code) Fax number | Email |
| I certify under penalty of perjury under the laws of the state of Washington that the information I have provided is true and correct. | | |
| Date | Place (city or county) signed | X |
| Medical provider signature (MD, DO, Naturopath, RN, ARNP, PA, PAC, DPM, Psychiatrist, Psychologist ONLY) | | |