



BÁO CÁO KHÁM SỨC KHỎE/MẮT

Quý vị có thể gửi biểu mẫu này qua đường bưu điện đến DC Department of Motor Vehicles, PO Box 90120, Washington, DC 20090 hoặc gửi fax tới (202) 673-9908. Biểu mẫu này chỉ có giá trị trong vòng **60 ngày** kể từ ngày Bác Sĩ Hành Nghề Y/Bác Sĩ Nhân Khoa/Bác Sĩ Đo Thị Lực ký biểu mẫu. Vui lòng truy cập trang web của chúng tôi: www.dmv.dc.gov hay gọi số 311 hoặc 202-737-4404 để biết thêm thông tin.

Phần này phải do khách hàng điền.

HỌ		TÊN		TÊN ĐỆM	
ĐỊA CHỈ		SỐ CĂN HỘ/PHÒNG	THÀNH PHỐ	TỈNH BANG	MÃ ZIP
			WASHINGTON	DC	
NGÀY SINH (MM/DD/YYYY)	SỐ GIẤY PHÉP LÁI XE (DLN)/SỐ THẺ CÁN CƯỚC (IDN)/SỐ AN SINH XÃ HỘI (SSN)		SỐ ĐIỆN THOẠI	ĐỊA CHỈ E-MAIL	

BÁO CÁO KHÁM SỨC KHỎE: Phần này phải do bác sĩ có giấy phép hành nghề y điền.

Alzheimer (Hội Chứng Suy Giảm Trí Nhớ) <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	*Tiểu Đường Phụ Thuộc Insulin <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Động Kinh hay Ngất <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Các Tình Trạng Tâm Thần hay Thể Chất Khác <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
*Phần Báo Cáo Khám Sức Khỏe phải do bác sĩ hành nghề y điền và Phần Báo Cáo Khám Mắt phải do Bác Sĩ Nhân Khoa hay Bác Sĩ Đo Thị Lực điền			
Động kinh hay ngất Nếu có, lần cuối quý vị bị là bao giờ? _____ LƯU Ý: Phải không bị động kinh trong mười hai (12) tháng liên tiếp, trừ động kinh một lần vào ban đêm hoặc động kinh do điều chỉnh thuốc.		Nếu người nộp đơn có tình trạng tâm thần hay thể chất ảnh hưởng đến khả năng lái xe của họ, vui lòng nêu rõ tình trạng đó:	
Nêu rõ bất kỳ hạn chế về y tế bắt buộc nào:			
Nêu rõ bằng cách đánh dấu vào một (1) trong những lựa chọn sau nếu tình trạng cần được một bác sĩ hành nghề y tái khám. Rối loạn động kinh cần được khám với bác sĩ hành nghề y một lần mỗi năm trong năm (5) năm liên tiếp			
<input type="checkbox"/> Sáu (6) tháng	<input type="checkbox"/> Một (1) năm	<input type="checkbox"/> Hai (2) năm	<input type="checkbox"/> Ba (3) năm
<input type="checkbox"/> Bốn (4) năm	<input type="checkbox"/> Không áp dụng		

Dựa trên chẩn đoán y tế của quý vị, người nộp đơn có khả năng lái phương tiện cơ giới một cách an toàn không? Có Không

Thông Tin về Bác Sĩ Hành Nghề Y:

Số và Tiểu Bang Chứng Nhận Giấy Phép Hành Nghề Y: _____ Điện Thoại: _____

Địa Chỉ của Bác Sĩ Hành Nghề Y: _____

Tên Viết In Hoa của Bác Sĩ Hành Nghề Y: _____

Chữ Ký của Bác Sĩ Hành Nghề Y: _____ Ngày: _____

BÁO CÁO KHÁM MẮT: Phần này phải do Bác Sĩ Nhân Khoa hay Bác Sĩ Đo Thị Lực điền.

*Tiểu Đường Phụ Thuộc Insulin <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Tăng Nhãn Áp <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Đục Thủy Tinh Thể <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Các Bệnh về Mắt Khác: _____	Trượt Bài Kiểm Tra Thị Lực của Sở Quản Lý Phương Tiện Cơ Giới (DMV) <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
---	--	---	--	---

Thị Lực khi không Đeo Kính	Thị Lực khi Đeo Kính	Tầm Nhìn theo đường nằm ngang	Nêu rõ bằng cách đánh dấu vào một (1) trong những lựa chọn sau nếu tình trạng cần được tái khám.
Mắt Phải 20/_____ Mắt Trái 20/_____ Cả 2 Mắt 20/_____	Mắt Phải 20/_____ Mắt Trái 20/_____ Cả 2 Mắt 20/_____		<input type="checkbox"/> Sáu (6) tháng <input type="checkbox"/> Ba (3) năm <input type="checkbox"/> Một (1) năm <input type="checkbox"/> Bốn (4) năm <input type="checkbox"/> Hai (2) năm <input type="checkbox"/> Không áp dụng
Yêu Cầu Thị Lực Tối Thiểu (có hoặc không có thấu kính điều chỉnh): Không dưới 20/40 ở mắt tốt nhất HOẶC không dưới 20/70 ở mắt tốt nhất và tầm nhìn ít nhất là 140 độ.			Nêu rõ bất kỳ hạn chế về thị lực bắt buộc nào:

Dựa trên chẩn đoán y tế của quý vị, người nộp đơn có khả năng lái phương tiện cơ giới một cách an toàn không? Yes No

Thông Tin về Bác Sĩ Nhân Khoa hay Bác Sĩ Đo Thị Lực:

Số và Tiểu Bang Chứng Nhận Giấy Phép của Bác Sĩ Nhân Khoa/Bác Sĩ Đo Thị Lực: _____ Điện Thoại: _____

Địa Chỉ của Bác Sĩ Nhân Khoa/Bác Sĩ Đo Thị Lực: _____

Tên Viết In Hoa của Bác Sĩ Nhân Khoa/Bác Sĩ Đo Thị Lực: _____

Chữ Ký của Bác Sĩ Nhân Khoa/Bác Sĩ Đo Thị Lực: _____ Ngày: _____