

UNIVERSITY OF THE NATIONS | YWAM KONA

Student Health Form (학생 건강검사 양식)

The State of Hawai'i Department of Health(DOH) Hawai'i Administrative Rules, Title 11 (Chapter 157 and 164.2) requires certain health requirements be met for attendance to an educational institution. *This form may be rejected if the mandatory vaccination and health history sections are not fully completed and signed by a licensed medical practitioner. International students need to submit records in English for review by our U.S. licensed medical practitioner.* No Student may attend class until they have received Health Clearance from Campus Health. For Student Health Form or vaccination questions, email campushealth@uofnkona.edu.

하와이주 보건부(DOH)의 행정 규칙(제 11 조, 157 장과 164.2 장)에 의거하여, 하와이 주 내 교육 기관에 수업 수강 시, 특정 건강 검진 조건이 충족되어야 합니다. *필수 예방 접종 기록 및 건강 병력 부분을 완벽히 작성 후, 면허증을 소지한 의료 기관의 확인 서명을 받아야 하며 그렇지 못할 경우 본 지원서는 거절 될 수 있음을 알립니다. 국제 학생은 미국 내 의료진이 확인할 수 있도록 영문본의 예방 접종 확인 서류를 제출해야 합니다.* 캠퍼스 의무실을 통해 건강 검사를 받지 않은 학생은 그 어떤 수업에도 출석이 불가합니다. 학생 건강 검사 양식 또는 예방접종 문의 이메일: campushealth@uofnkona.edu.

INSTRUCTIONS FOR COMPLETION OF THIS FORM (서류 기재 방법)

1) TUBERCULOSIS (TB) CLEARANCE (Required)

결핵(TB) 검사 확인 (필수)

- Prior to completing the Student Health Form, complete the Tuberculosis Questionnaire in your student application. After your answers are reviewed by Campus Health staff, an email will be sent to you with further instructions.

하와이주에서 학교나 프로그램을 수강할 경우, 시작하는 날로부터 12 개월 내에 결핵 검사 확인서를 제출해야 합니다. 온라인 지원 시, 결핵 위험 진단서를 반드시 작성하여 주십시오. 만약 추가 검사(피부 또는 혈액검사)를 요청 받을 경우, 본 서류와 함께 추가 검사 요청서를 담당 의사 또는 의료진에게 제출해 주십시오.

2) IMMUNIZATION CLEARANCE (Required)

예방접종 확인 (필수)

- MMR-MEASLES (Rubeola), MUMPS, AND RUBELLA VACCINES: Two MMR doses are required, administered at least 4 weeks apart. If you do not have access to your vaccination records, you may instead submit laboratory evidence of immunity (positive blood titers) to ALL THREE diseases rather than having proof of vaccination. You must submit the original laboratory results with this health form. If you were born before 1957, you are exempt from the MMR requirement.

MMR(홍역, 유행성이하선염, 풍진) 백신: 최소 4 주 간격으로 2 회의 MMR 예방접종을 실시합니다. 만약 예방접종 기록 발급이 어려운 경우, 위의 세가지 질병에 대한 면역력 형성의 확인 검사증을 증빙서류로 제출할 수 있습니다. (1957 년 이전 출생한 자에 한하여 MMR 접종 기록 제출은 제외됩니다)

- TDAP- (TETANUS, DIPHTHERIA, ACELLULAR PERTUSSIS) VACCINE: Your last dose must have been administered after the age of 11 years old and within the past 10 years. If your record is not within the last 10 years, you will need a booster injection. Td is not an acceptable alternative to Tdap vaccination.

TDAP(파상풍, 디프테리아, 백일해) 백신: 해당 백신의 마지막 접종은 반드시 만 11 세 이후 완료되었거나 최근 10 년 이내에 백신을 접종하였다는 기록이 있어야 합니다. 만약 접종이 최근 10 년 이내가 아닐 경우, 보강 접종이 필요 합니다. Td 는 Tdap 예방 접종이 대안이 될 수 없습니다.

UNIVERSITY OF THE NATIONS | YWAM KONA

- c. VARICELLA (CHICKEN POX) VACCINE: Two vaccine doses are required, administered at least 4 weeks apart. If you had Varicella disease, your healthcare provider must document history of the disease and provide a signature. (If you were born in the U.S. before 1980, you are exempt from the Varicella vaccination requirements.) If you do not have access to your vaccination records, you may instead submit laboratory evidence of immunity (positive blood titer) to Varicella disease rather than having proof of vaccination. If a blood titer was drawn, you must submit the original laboratory results with this health form.

수두 백신: 4 주 간격으로 두 차례 접종을 실시합니다. 만약 수두에 걸리거나 감염 된 사실이 있는 경우, 의사의 서명이 있는 질병 기록 서류를 반드시 제출해야 합니다. (1980 년 이전에 미국에서 출생한 경우 수두 예방접종 서류제출 면제) 접종 기록 발급이 어려운 경우, 수두에 대한 면역력(혈액검사에서 양성)형성 기록을 의료기관에서 발급받아 증빙 서류로 제출합니다. 혈액검사를 할 경우, 검사 결과 원본을 본 서류와 함께 첨부합니다.

- d. MENINGOCOCCAL (A, C, Y, W-135) CONJUGATE VACCINE: One dose is required for students ages 16-21. The vaccination must have been administered on or after the age of 16 years old. If one dose was administered before 16 years, a second dose is necessary.

수막구균 (A, C, Y, W-135) 백신: 만 16-21 세의 학생은 한 차례 접종이 필요합니다. 예방접종은 16 세 이후에 투여되어야 합니다. 만약 16 세 이전에 주사를 맞았다면 한번 더 맞아야 합니다.

3) STUDENT HEALTH CLEARANCE (Required)

학생 건강검사 확인 (필수)

- a. Please complete the required Student Health Form and have it signed by a licensed Medical Doctor, Physician Assistant or Nurse Practitioner. **All records must be in English.**

예방접종 기록과 신체검사 확인 서류를 작성하여 면허증을 소지한 의료진에게 서명을 받은 후 제출해주시요. **모든 서류는 반드시 영문으로 제출해야 합니다.**

- b. INDIVIDUALS MAY NOT ATTEND CLASS UNTIL VACCINATION RECORDS ARE SUBMITTED.

예방접종 기록을 제출할 때까지 수업 수강이 불가 할 수 있음을 알립니다.

- c. Once the Student Health Form is completed, please upload it to your online application in PDF form. Campus Health will then review your form and grant you health clearance based on its completion.

예방접종 기록과 건강 검사 확인 서류에 의료진의 서명을 받은 후, 온라인 신청서에 pdf 파일 형태로 첨부합니다. 추후 캠퍼스 의무실에서 첨부 서류를 검토한 후, 확인 서명을 합니다.

UNIVERSITY OF THE NATIONS | YWAM KONA

Student Health Form (학생 건강검사 양식)

I give permission to my healthcare provider to disclose the requested medical information and records on this document to the University of the Nations, Kona. I understand that I am giving the University my private information and authorize the University to disclose or share confidential information with any third party when deemed necessary by the University. I understand I have the authority to revoke this authorization at any time by sending a written notice to campushealth@uofnkona.edu.

학생 예방접종 기록 열람 동의 본인은 코나 열방대학의 담당 검진 의사/의료진에게 해당 서류의 본인 건강 정보 및 기록의 열람을 승인한다. 열방대학을 포함, 필요 시 제 3 기관에 본인의 개인정보를 공유 및 열람할 수 있도록 승인하며, 그 권한을 열방대학에 위임한다. 또한 원할 경우, 서면통지로 해당 승인은 항시 철회할 수 있다. 서면 승인 철회통지 이메일: campushealth@uofnkona.edu

Student Signature (학생 서명): _____ Date (오늘 날짜): _____

Printed Name (이름을 반듯하게 적어주세요): _____

School (학교): _____ Date of Birth (생일 월/일/년도): _____

1. Do you have any previous or current medical conditions? Please list the condition/s and year you were first treated.

이전 또는 현재 의학적 질환(들)이 있습니까? 만약 있다면, 그 상태(들)와 처음 치료받았던 연도를 적어주십시오.

3. List all current prescribed medications you take (daily and as needed) including name, dosage, and frequency.

*Please note, the use of medical marijuana, illegal substances, and/or unauthorized use of prescription medications is not allowed while enrolled in any program of study at University of the Nations--YWAM Kona.

현재 복용중인 (매일 또는 필요시) 약품의 이름, 용량, 복용 횟수를 모두 기재해주시오.

*주의: 하와이 열방대학에 등록하여 프로그램을 진행하는 동안에는 의료용 마리화나, 불법 약물, 승인되지 않은 처방 약품의 사용은 허락되지 않음을 알립니다.

4. List any allergies you have and your reaction.

알레르기 있거나, 나타나는 알레르기 반응에 대해 상세한 내용을 적어 주십시오.

Do your allergies require the use of an EpiPen/epinephrine injection? (Circle) Yes / No

심각한 알레르기 혹은 알레르기로 인한 에피네프린 주사제 사용이 필요합니까? (동그라미) 예 / 아니오

6. Do you have any previous or current mental health conditions? (including addiction, anxiety, bipolar disorder, depression, eating disorders, schizophrenia, etc.)

과거 또는 현재 진단받은 정신 질환이 있습니까? (중독, 불안, 조울증, 우울증, 식이 장애, 조현병 등)

UNIVERSITY OF THE NATIONS | YWAM KONA

8. In the past three years, have you had depression or anxiety that was treated by medication and/or counseling? If yes, please describe.

최근 3 년 동안 약물 복용이나 상담을 통해 치료받은 우울증이나 불안증이 있습니까? 그렇다면, 상세한 내용을 적어 주십시오.

10. In the past three years, have you ever attempted to commit suicide or harm yourself or someone else? If yes, please describe.

최근 3 년 동안 자해를 행하거나 타인을 다치게 한 사실이 있습니까? 그렇다면, 상세한 내용을 적어 주십시오.

12. Do you have any physical condition that would limit your ability to fully participate in outreach activities? For example: walking long distances daily, hiking, going to a medically underserved area, etc.

해외 선교 여행 시 사역/활동에 적극적으로 참여하는데 어려움을 주는 신체적 문제가 있습니까? 예를 들어: 장거리 걷기, 하이킹, 트레킹, 또는 의료 접근이 취약한 지역으로 가는 활동 등

UNIVERSITY OF THE NATIONS | YWAM KONA

Student Health Form (학생 건강검사 양식)

For Medical Provider: Please transcribe vaccination dates below then sign as an indication of your review. Please wait at least 28 days after administering a live virus vaccine (like MMR, Varicella, or Yellow Fever) before administering ANY additional immunizations OR doing any type of TB testing.

의료 제공자를 위한 학생 건강 양식: 아래에 예방 접종 날짜를 기록한 후 검토의 표시로 서명하십시오. 바이러스 생백신(MMR, Varicella 또는 Yellow Fever와 같은)을 투여한 경우에는 28 일 이상 기다린 후 추가 예방접종을 실시하거나 결핵 검사를 실시하십시오.

Student Name: _____ **Date of Birth:** _____

REQUIRED IMMUNIZATIONS- Write dates (MM/DD/YYYY) 필수 예방접종- 날짜를 기록하십시오 (월/일/년도 혹은 √ 표시)

MMR (2 doses) 홍역, 유행성 이하선염, 풍진 (2 회 접종):

#1 _____ #2 _____ OR

Positive Titers to Measles AND Mumps AND Rubella (must attach copy of lab results): 홍역, 유행성 이하선염, 풍진에 대한 항체가 있음(검사 결과 사본을 첨부해야 함)

Born before 1957 (exempt): 1957 년 이전에 출생하였음 (면제)

Varicella (2 doses) 수두 (2 회 접종):

#1 _____ #2 _____ OR

History of Disease: 병에 걸린 뒤 나왔음

Positive Titer to Varicella (must attach copy of lab results): 수두에 대해 항체가 있음(검사 결과 사본을 첨부해야 함)

Born in the USA before 1980 (exempt): 미국에서 1980 년 이전에 출생하였음 (면제)

MCV4 수막구균 감염병:

_____ (must be administered at 16 years or older) Age at vaccination: _____ OR
(16 세 이후에 추가 접종을 받아야 함) 추가 접종 받을 때 나이:

Age 22 years or older (exempt): 나이가 22 살 이상임 (면제)

Tdap (can not be Td only) 파상풍, 디프테리아, 백일해 (백일해가 빠지면 안됨):

_____ (date must be within last 10 years 날짜가 지난 10 년 이내이어야 함)

SUGGESTED TRAVEL IMMUNIZATIONS 제안된 여행 예방 접종

Hepatitis A (2 or 3 doses):

A 형 간염 (2 회 또는 3 회 접종) #1 _____ #2 _____ #3 _____

Hepatitis B (2 or 3 doses):

B 형 간염 (2 회 또는 3 회 접종) #1 _____ #2 _____ #3 _____

UNIVERSITY OF THE NATIONS | YWAM KONA

Polio (3 or 4 doses):

소아마비 (3 회 또는 4 회 접종) #1 _____ #2 _____ #3 _____ #4 _____

Adult booster (성인이 되어 받은 보강 접종) # _____

IPV

OPV

Typhoid Fever:

장티푸스 # _____

Injectable (date must be within last 2 years): 주사용으로 지난 2 년 이내이어야 함

Oral (date must be within last 5 years); 경구용으로 지난 5 년 이내이어야 함

Yellow Fever (1 dose):

황열 # _____ (적어도 10 일 전에 1 회 접종되어야 함)

Provider Signature: (MD, DO, PA, NP) _____

Printed Name, Credentials & Date: _____

Facility Name /Stamp: _____