CHÁNH QUYỀN QUẬN COLUMBIA
SỞ XE ĐỘNG CƠ

BÁO CÁO KẾT QUẢ Y TẾ/KHÁM MẮT

Quý vị có thể gởi mẫu này (qua bưu điện) tới DC Department of Motor Vehicles, PO Box 90120, Washington, DC 20090, hoặc gởi qua điện sao (fax) theo số (202) 673-9908. Viếng mạng lưới của chúng tôi: www.dmv.dc.gov, hoặc gọi số 311 hay 202-737-4404 để biết thêm thông tin.

Khách hàng phải điền vào đoạn này.

HỌ	TÊN	CHỮ LÓT

ĐỊA CHỈ	SỐ CĂN HỘ/ĐƠN VỊ NHÀ Ở	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	BƯU CHÁNH
		WASHINGTON	DC	

NGÀY SANH *(Tháng/Ngày/Năm)*	DLN/IDN/SSN	SỐ ĐIỆN THOẠI	ĐỊA CHỈ ĐIỆN THƯ

BÁO CÁO KẾT QUẢ Y TẾ: Người điền đoạn này phải là bác sĩ có giấy phép.

Alzheimer	*Tiểu đường phụ thuộc insulin	Các cơn động kinh hay ngất xỉu	Những bệnh khác về tâm thần hay thể chất
❑ Có ❑ Không	❑ Có ❑ Không	❑ Có ❑ Không	❑ Có ❑ Không

*Phải có bác sĩ điền vào đoạn Báo Cáo Kết Quả Y Tế **và** phải có bác sĩ khúc xạ mắt hay bác sĩ nhãn khoa điền vào đoạn Báo Cáo Kết Quả Khám Mắt

Các cơn động kinh hay ngất xỉu Nếu Có thì lần mới nhất là vào lúc nào? _____ **LƯU Ý:** Không được bị động kinh suốt mười hai (12) tháng liên tiếp, trừ khi là một cơn lẻ tẻ, chỉ xuất hiện ban đêm, hoặc do điều chỉnh dược phẩm.	Nếu bệnh tâm thần hay thể chất làm người đệ đơn bị suy yếu khả năng lái xe thì nêu rõ tình trạng đó:

Nêu rõ mọi điều hạn chế cần thiết về dược phẩm:

Đánh dấu một (1) trong những mục sau đây để chỉ rõ thời điểm khám bệnh lại.
Nếu bị động kinh thì bác sĩ phải khám mỗi năm một lần, suốt năm (5) năm liên tiếp

❑ Sáu (6) tháng	❑ Một (1) năm	❑ Hai (2) năm	❑ Ba (3) năm	❑ Bốn (4) năm

Kết quả chẩn đoán y tế cho thấy người đệ đơn có đủ khả năng lái xe an toàn hay không? Có ❑ Không ❑

Thông Tin về Bác Sĩ:

Mã hiệu giấy phép của bác sĩ và tiểu bang cấp phát:_____ Số điện thoại:_____

Địa chỉ của bác sĩ: _____

Chữ ký của bác sĩ:_____ Ngày:_____

BÁO CÁO KẾT QUẢ KHÁM MẮT: Người điền đoạn này phải là Bác Sĩ Khúc Xạ Mắt hay Bác Sĩ Nhãn Khoa có giấy phép.

*Tiểu đường phụ thuộc insulin	Tăng nhãn áp	Cườm (đục thủy tinh thể)	❑ Bệnh mắt khác:	Kiểm tra thị lực theo DMV: Rớt
❑ Có ❑ Không	❑ Có ❑ Không	❑ Có ❑ Không	_____	❑ Có ❑ Không

Thị lực lúc không đeo kiếng	Thị lực lúc có đeo kiếng	Tầm nhìn theo đường nằm ngang	Đánh dấu một (1) trong những mục sau đây để nêu rõ thời điểm khám bệnh lại.
Mắt phải 20/_____ Mắt trái 20/_____ Cả hai mắt 20/_____	Mắt phải 20/_____ Mắt trái 20/_____ Cả hai mắt 20/_____		❑ Sáu (6) tháng ❑ Ba (3) năm ❑ Một (1) năm ❑ Bốn (4) năm ❑ Hai (2) năm
Đòi hỏi tối thiểu về thị lực (dù có hay không có kiếng chỉnh thị): Không dưới 20/40 ở mắt nhìn rõ nhất, HOẶC không dưới 20/70 ở mắt nhìn rõ nhất và trường thị lực ít nhất là 140 độ.			Nêu rõ mọi điều hạn chế cần thiết về thị lực:

Kết quả chẩn đoán y tế cho thấy người đệ đơn có đủ khả năng lái xe an toàn hay không? Có ❑ Không ❑

Thông Tin về Bác Sĩ Khúc Xạ Mắt hay Bác Sĩ Nhãn Khoa:

Mã hiệu giấy phép của bác sĩ và tiểu bang cấp phát:_____ Số điện thoại: _____

Địa chỉ của bác sĩ: _____

Chữ ký của bác sĩ:_____ Ngày:_____

Nếu khai trình gian trá trong biểu mẫu này thì vi phạm Luật DC và bị phạt đến tối đa $1,000 hay bị tống giam không quá 180 ngày, hoặc bị cả hai. (Bộ Luật Chánh Thức của D.C., §22-2405)
Muốn trình báo vấn đề lãng phí, gian lận hoặc lạm dụng của cơ quan hay viên chức Chánh Phủ DC thì nên gọi Văn Phòng Tổng Thanh Tra DC theo số 1-800-521-1639.