



美国 青少年资源保护队 病历表



仅限青少年资源保护队 (YCC) 计划申请人
填写

注：这些信息按照第 93-408 号公法的授权进行收集。信息主要用于确定你是否有资格参与青少年资源保护队 (YCC) 服务。这些信息为自愿提供；但是，未能提供要求的信息可能会导致失去参与青少年资源保护队计划的资格。

申请人病历

请回答以下有关你的背景、联系方式以及其他信息的问题

名字：_____ 中间名：_____ 姓氏：_____ 后缀：_____

性别： 男 女 非二元性别 自我认同：_____ 不便透露

出生日期：_____ (月/日/年) 年龄：_____

联系信息

街道：_____ 城市：_____ 州：_____ 邮编：_____

电子邮箱：_____ 电话号码 1：_____ 电话号码 2：_____

你是否已购买家庭保险或任何其他类型的健康保险？

是 否 如已购买，请列出保险公司名称与保单编号：_____

家庭医生姓名：_____ 地址：_____

你是否曾经或现在患有以下病症？（请在适当项中输入“X”或打勾）

过敏症	近期或反复感染	其他病症		
<input type="checkbox"/> 花粉症	<input type="checkbox"/> 感冒	<input type="checkbox"/> 胸痛	<input type="checkbox"/> 风湿	<input type="checkbox"/> 气短
<input type="checkbox"/> 哮喘	<input type="checkbox"/> 喉咙痛	<input type="checkbox"/> 惊厥	<input type="checkbox"/> 体重下降	<input type="checkbox"/> 梦游
<input type="checkbox"/> 毒藤皮疹	<input type="checkbox"/> 耳痛	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 莱姆病	<input type="checkbox"/> 关节肿胀/疼痛
<input type="checkbox"/> 昆虫叮咬	<input type="checkbox"/> 膀胱感染	<input type="checkbox"/> 难以维持身体平衡	<input type="checkbox"/> 溃疡	<input type="checkbox"/> 心理健康
<input type="checkbox"/> 皮肤病	<input type="checkbox"/> 肠道感染	<input type="checkbox"/> 昏厥	<input type="checkbox"/> 持续性咳嗽	疾病
		<input type="checkbox"/> 凝血障碍		<input type="checkbox"/> 心脏病
			<input type="checkbox"/> 其他（请说明）_____	

你当前是否在服用任何处方药？

是，请在第 2 页说明

否

你是否对任何药物过敏？

是，请在第 2 页说明

否

免疫接种史 - 若要参加 YCC 计划，申请人必须在最近十年中接种过百白破（百日咳、白喉、破伤风）疫苗或加强针。

接种百白破疫苗或加强针的日期（月/日/年）：_____

药物

1. 请使用下表告知我们申请人正在服用的任何药物。包括药物名称、剂量以及 YCC 计划工作人员在为其服药时所需的任何特定说明（如有必要）。

药物名称	剂量	说明

2. 如有需要，请列出 YCC 计划工作人员获准在必要时使用的非处方药（例如，布洛芬）：

3. 列出你的所有过敏药物：

医疗和身体能力与限制

以下列出的是户外工作所需面对的典型活动和环境因素。请勾选下列可能限制你在 YCC 计划中参与特定类型项目的条目。YCC 网点将与你一起调整项目，并尽可能根据任意限制做出安排。

身体和功能限制

- | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 搬运重物（45 磅以上） | <input type="checkbox"/> 使用手指 | <input type="checkbox"/> 反复屈膝 |
| <input type="checkbox"/> 携带重物（45 磅以上） | <input type="checkbox"/> 使用双手 | <input type="checkbox"/> 登高（只使用双腿） |
| <input type="checkbox"/> 直接拖拽 | <input type="checkbox"/> 走路 | <input type="checkbox"/> 登高（使用双手和双腿） |
| <input type="checkbox"/> 手拉手拖拽 | <input type="checkbox"/> 站立 | <input type="checkbox"/> 使用双腿 |
| <input type="checkbox"/> 推动 | <input type="checkbox"/> 爬行 | <input type="checkbox"/> 聆听 |
| <input type="checkbox"/> 抬手过肩 | <input type="checkbox"/> 保持跪姿 | <input type="checkbox"/> 一只眼睛为矫正视力（20/20 至 20/40） |

环境因素

- | | | |
|------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 户外 | <input type="checkbox"/> 气候干燥 | <input type="checkbox"/> 在移动物体周围工作 |
| <input type="checkbox"/> 高温 | <input type="checkbox"/> 过度或间歇性的噪音 | <input type="checkbox"/> 在梯子或脚手架上工作 |
| <input type="checkbox"/> 低温 | <input type="checkbox"/> 多尘 | <input type="checkbox"/> 工作时双手需要泡在水中 |
| <input type="checkbox"/> 高湿度 | <input type="checkbox"/> 地面湿滑或不平整 | <input type="checkbox"/> 与他人密切合作 |
| | | <input type="checkbox"/> 独自工作 |

请在此处进一步说明上述任何可能需要特别照顾或对待的因素。

由年满 18 岁的申请人填写

我证明，我已知悉青少年资源保护队 (YCC) 计划，并已准备好加入计划成为 YCC 的成员。我明白，我不能因任何非计划原因导致事故或疾病要求美国政府负责，并授权在最近、最合适的 YCC 批准机构接受急救或紧急医疗护理。我授权在需要急救或紧急医疗护理时与医疗服务提供方分享相关医疗信息。

申请人姓名

申请人签名
(可使用数字签名)

日期
(月/日/年)

紧急联系人信息：

姓名

电子邮件

紧急联系人电话号码 1

紧急联系人电话号码 2

由申请人 (未满 18 岁) 的父母或法定监护人填写

我证明，我已知悉青少年资源保护队 (YCC) 计划，并同意我的孩子/受监护人加入计划成为 YCC 的成员。我明白，我不能因任何非计划原因导致事故或疾病要求美国政府负责，并授权在最近、最合适的 YCC 批准机构接受急救或紧急医疗护理。我授权在需要急救或紧急医疗护理时与医疗服务提供方分享相关医疗信息。

父母/法定监护人姓名

父母/法定监护人签名
(可使用数字签名)

日期
(月/日/年)

街道

城市

州

邮编

联系信息

姓名

电子邮件

紧急联系人电话号码 1

紧急联系人电话号码 2

由审核人员填写

审核人员姓名

审核人员签名
(可使用数字签名)

日期 (月/日/年)

补充信息。 请在此处提供完成申请所需的补充信息。

通知

《隐私法案》声明

授权： 16 USC 1701-1706, 第 37 章——青少年资源保护队和公共土地服务队, 第 I 分章——青少年资源保护队 (1970 年青少年资源保护队法案 [P.L.91-378; 84 Stat. 794]、1972 年修正案 [P.L.92-597] 以及 1974 年修正案 [P.L.93-408])。

目的： 这些信息收集自选定申请人, 用于确定申请人是否有全力参与的能力, 并让参与机构能够酌情作出必要的合理安排。

常规用途： 本表格中收集的信息可能会依据 1974 年《隐私法案》以及内政部秘书处 (OS) 记录系统通知 INTERIOR/OS-25 YCC 参与者记录 (可在 <https://www.doi.gov/privacy/os-notices> 中查看) 中列出的常规用途分享给第三方。

披露： 这些信息为自愿提供; 但是, 未能提供要求的信息可能会导致失去参与 YCC 计划的资格。

《文书工作减负法案》声明

依据《文书工作减负法案》(44 U.S.C. 3501), 美国内政部国家公园管理局、美国鱼类及野生动物管理局和美国农业部国家森林局会收集必要信息, 用于协助各机构保护 YCC 计划参与者的健康、安全和福利。你提供的信息为自愿填写, 但是, 未能完成本表格将导致你不能加入 YCC 计划。依据 1995 年《文书工作减负法案》, 对于信息收集活动, 除非其显示了当前有效的 OMB 控制号, 否则机构不得开展或赞助此类活动, 个人也无需响应此类活动。OMB 已批准此次信息收集活动, 并分配了控制号 1093-0010。

预计用时声明

我们预计, 公众对此次信息收集的报告平均时间为 14 分钟, 包括查看说明、收集和保存数据, 以及填写和审核本表格的用时。有关预计用时或本表格其他方面的反馈, 请寄送至 Departmental Information Clearance Officer, U.S. Department of the Interior, 1849 C Street, NW Washington, DC 20240 或发送电子邮件至 doi-pra@ios.doi.gov。请勿将已填妥的表格寄送至此地址。