



## 의학적 상태에 따른 뉴욕시 COVID-19 백신 접종 대상 자격

의료 서비스 제공자로부터 다음 조건에 해당하는 증빙 또는 진단을 받은 만 16세 이상의 뉴욕 주민은 COVID-19 백신 접종 대상자가 됩니다.

- 암(9/11 관련 암 질환을 포함하여 현재 투병 중이거나 회복 중인 경우)
- 만성 신부전
- 만성 폐쇄성 폐 질환(chronic obstructive pulmonary disease, COPD), 천식(경증에서 중증), 폐섬유증, 낭포성 섬유증, 9/11 관련 폐 질환을 포함하나 이에 국한되지 않는 폐 질환
- 다운 증후군을 포함한 지적 및 행동발달 장애
- 심부전, 관상동맥질환, 심근증 또는 고혈압(높은 혈압)
- 장기 이식 또는 혈액이나 골수 이식, 면역결핍, 에이즈(HIV), 코스티코스테로이드 사용, 기타 면역력 저하 약물 사용, 기타 원인을 포함하나 이에 국한되지 않는 면역력이 약화된 상태(면역력 저하)
- 고도비만(체질량지수 40 kg/m<sup>2</sup> 이상) 또는 비만(체질량지수 30 kg/m<sup>2</sup>에서 40 kg/m<sup>2</sup>)
- 임신
- 겸상 적혈구 빈혈증 또는 지중해 빈혈증
- 제1형 또는 제2형 당뇨병
- 뇌혈관 질환(뇌로 가는 혈관과 혈액 공급에 영향)
- 알츠하이머병 또는 치매를 포함하나 이에 국한되지 않는 신경학적 상태
- 간 질환

본인은 이에 상기 목록에 포함된 의학적 상태에 대한 의료 서비스 제공자의 증빙 또는 진단을 가지고 있으며 본인이 인지하는 범위에서 본 증명서에 기재된 정보가 사실에 기초하며 정확하고 적법하다는 것을 증명합니다.

\_\_\_\_\_  
이름(정자)

\_\_\_\_\_  
서명

\_\_\_\_\_  
일자

**백신 접종자가 만 16세에서 17세이거나 다른 이유로 증명할 수 없는 경우,**

\_\_\_\_\_  
보호자 이름(정자)

\_\_\_\_\_  
보호자 서명

\_\_\_\_\_  
일자