



## 纽约市因医疗状况而接种 COVID-19 疫苗的资格证书

年龄在 16 岁及以上的纽约市民中，凡存在由医疗保健提供者确诊并记录在案的下列情况者，符合接种 2019 冠状病毒病 (COVID-19) 疫苗的资格条件：

- 癌症（当前患病或于康复中，包括 9/11 相关癌症）
- 慢性肾病
- 肺病，包括但不限于 COPD（慢性阻塞性肺病）、哮喘（中度至重度）、肺纤维化、囊性纤维化和 9/11 相关肺病
- 智力和发育障碍，包括唐氏综合症
- 心脏病，包括但不限于心力衰竭、冠状动脉疾病、心肌病或高血压
- 免疫功能低下（免疫系统减弱），包括但不限于实体器官移植或血液或骨髓移植、免疫缺陷、HIV、使用皮质类固醇、使用其他减弱免疫力药物或其他原因所致状况
- 重度肥胖（体重指数为 40 或更高）或肥胖（体重指数 30 至 40）
- 怀孕
- 镰状细胞病或地中海贫血
- 1 型或 2 型糖尿病
- 脑血管疾病（影响血管和脑供血）
- 神经系统疾病，包括但不限于阿尔茨海默症或老年痴呆症
- 肝病

我谨此证明，我自身存在由我的医疗保健提供者确诊并记录在案的上述一种或多种医疗状况；以及尽我之所知，本证明所依据的信息属实且准确，否则我将受到法律制裁。

\_\_\_\_\_  
正楷书写姓名

\_\_\_\_\_  
签名

\_\_\_\_\_  
日期

**如果接受疫苗接种者年龄为 16 至 17 岁，或无法亲自做出证明：**

\_\_\_\_\_  
正楷书写监护人姓名

\_\_\_\_\_  
监护人签名

\_\_\_\_\_  
日期