



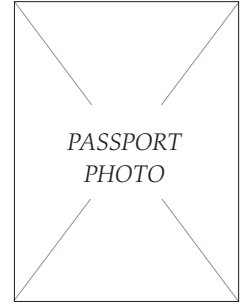
**International School  
SAIGON PEARL  
ELEMENTARY SCHOOL**

92 Nguyen Huu Canh Street  
Ward 22, Binh Thanh District  
Ho Chi Minh City  
Vietnam  
T: (848) 2222 7788/99  
F: (088) 2220 1790  
E: admissions@issp.edu.vn  
www.issp.edu.vn



**International School  
HO CHI MINH CITY  
AMERICAN ACADEMY**

16 Vo Truong Toan Street  
An Phu Ward, District 2  
Ho Chi Minh City  
Vietnam  
T: (848) 3898 9098  
F: (848) 3519 4110  
E: admissions@aavn.edu.vn  
www.aavn.edu.vn



## MEDICAL EXAMINATION FORM

### PHIẾU KHÁM SỨC KHOẺ

***This form is required for all applications to International School Ho Chi Minh City (ISHCMC) American Academy and must be signed by a parent before a student attends classes or participates in any activities.***

*Đơn này là một phần của thủ tục nhập học vào Trường Quốc Tế TP. Hồ Chí Minh American Academy và cần được phụ huynh ký trước khi học sinh vào học hoặc tham gia bất kỳ hoạt động nào trong nhà trường.*

***This form must be completed no earlier than six months prior to the start of school. Please see the accompanying information sheet for a list of recommended clinics in Ho Chi Minh City.***

*Đơn này cần được hoàn tất trong vòng 6 tháng trước khi nhập học. Xin vui lòng xem thêm thông tin về các cơ sở y tế ở TP. HCM được giới thiệu trong phiếu thông tin.*

***ISHCMC American Academy reserves the right to withhold a student from classes until this form is completed in full and returned to the admissions office.***

*Nhà trường có quyền tạm dừng việc học của học sinh cho đến khi đơn này được hoàn tất và gửi về phòng tuyển sinh.*

Student's name: .....  
*Họ và tên*

Date of birth: ..... (day/month/year only) Sex:  Male  Female  
*Ngày sinh (ngày/tháng/năm) Giới tính Nam Nữ*

#### **PART 1: TO BE FILLED OUT AND SIGNED BY PARENTS**

#### **PHẦN 1: HOÀN TẤT VÀ KÍ BỞI PHỤ HUYNH**

PARENT/GUARDIAN CONTACT Name: ..... Phone: .....  
*THÔNG TIN LIÊN HỆ Tên Điện thoại*

PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ Relationship: ..... Email: .....  
*Quan hệ với học sinh Địa chỉ Email*

Name: ..... Phone: .....  
*Tên Điện thoại*

Relationship: ..... Email: .....  
*Quan hệ với học sinh Địa chỉ Email*

Local doctor or health care provider in HCMC: ..... Phone: .....  
*Bác sĩ hoặc cơ sở y tế Điện thoại*

EMERGENCY CONTACT Name (non parent): .....  
*LIÊN HỆ KHẨN CẤP Tên (không phải cha mẹ)*

Relationship: ..... Phone: .....  
*Quan hệ với học sinh Điện thoại*

Medical Insurance:  Yes  No Name: .....  
*Bảo hiểm Y Tế Có Không Nơi đăng ký khám chữa bệnh*

Phone: ..... Insurance number: .....  
*Điện thoại Số thẻ bảo hiểm*

If the student requires medication to be given during school hours please complete a 'Request to Administer Medication Form'. All medications along with the form must be submitted to the school clinic. Medications need to be in the original pharmacy/physician containers and marked with the student's name, name of drug, dosage, schedule and instructions. All information must be in English. Students are not permitted to carry any medication in their personal belongings while at school.

*Nếu học sinh cần dùng thuốc trong giờ học xin vui lòng hoàn tất "Phiếu yêu cầu cho uống thuốc". Tất cả thuốc và đơn phải được gửi đến phòng y tế nhà trường. Thuốc cần phải được đựng trong bao bì gốc và đánh dấu với tên của học sinh, tên thuốc, liều lượng, thời gian và hướng dẫn. Tất cả các thông tin phải bằng tiếng Anh. Học sinh không được phép mang bất kỳ loại thuốc nào trong đồ đạc cá nhân khi ở trường.*

If the student has significant allergies requiring emergency medications or if the student has a medical diagnosis requiring the nurse's attention, please contact the school to set up an appointment to meet with the School Clinic prior to the student's commencement at ISHCMC American Academy.

*Nếu học sinh bị dị ứng nghiêm trọng cần thuốc khẩn cấp hoặc nếu học sinh có chẩn đoán y khoa cần sự quan tâm của y tá, xin vui lòng liên hệ với nhà trường để gặp Phòng Y Tế trước khi học sinh nhập học.*

Have you handed in the photocopy of your child's immunisation records?  Yes  No  
Phụ huynh đã nộp bản sao phiếu chích ngừa của học sinh  Có  Không

If no immunisation records are available, please provide results of essential blood tests: Hep A, Hep B, MMR  
*Nếu không có phiếu chích ngừa, xin vui lòng cung cấp kết quả thử máu: Viêm gan A, B, Sởi, Quai bị, Rubella*

Permission to administer Paracetamol:  Yes  No  
Cho phép uống Paracetamol  Có  Không

Emergency Treatment Authorization: In the event of an emergency, when immediate observation or treatment is deemed necessary in the judgment of the school clinic staff, I authorize and direct the school authorities to send my child to the medical facility most readily available. If an ambulance is required this will be at the parent's expense.

*Cho Phép Xử Trí Cấp Cứu: Trong trường hợp khẩn cấp khi nhân viên y tế của trường đánh giá tình trạng học sinh cần theo dõi hoặc điều trị ngay lập tức, tôi cho phép và ủy quyền cho người có trách nhiệm của trường đưa con tôi đến cơ sở y tế thuận tiện nhất. Nếu cần phải dùng xe cứu thương thì cha mẹ học sinh sẽ thanh toán chi phí.*

Parent / Guardian Signature. .... Date. ....  
Chữ kí phụ huynh / người giám hộ Ngày

IT IS THE RESPONSIBILITY OF THE PARENT/GUARDIAN TO NOTIFY THE SCHOOL IN WRITING OF ANY CHANGES TO THE INFORMATION GIVEN IN THIS FORM e.g. changes of address, telephone number, physical condition or medications.

**PHỤ HUYNH / NGƯỜI GIÁM HỘ CÓ TRÁCH NHIỆM THÔNG BÁO CHO NHÀ TRƯỜNG BẰNG VĂN BẢN BẤT CỨ THAY ĐỔI THÔNG TIN NÀO ĐÃ CUNG CẤP TRONG MẪU ĐƠN NÀY, ví dụ: thay đổi địa chỉ, số điện thoại, tình trạng thể chất hoặc thuốc men.**

**PART 2: TO BE FILLED OUT BY A PHYSICIAN/DOCTOR**

**PHẦN 2: HOÀN TẤT BỞI BÁC SĨ**

Student's name: .....

Họ và tên

	Yes Có	No Không
Asthma Suyễn		
Chronic/recurrent illness Bệnh mãn tính/tái phát		
Hospitalizations/surgery Nhập viện/phẫu thuật		
Other (ADHD, Autism, etc.) Khác (Rối loạn tăng động, Tự kỷ...)		
Injury treated by physician Chấn thương đã được điều trị bởi bác sĩ		
Congenital abnormality Dị tật bẩm sinh		
Heat exhaustion/stroke Say nắng/đột quỵ		
Dizziness/fainting/headaches Chóng mặt/ngất xỉu/đau đầu		
Concussion Chấn động		
Eyes related conditions/wears glasses/contacts Các vấn đề về mắt/đeo kính/kính sát trùng		
Dental caps/bridges/braces/plates/decay Răng sứ/cầu răng/khung/cài/sâu răng		
Cardiac abnormalities/ heart/murmurs Các bất thường về tim/lông ngực/âm thổi		
Problems with bladder/kidneys Vấn đề về bàng quang/thận		
Skin conditions/Eczema Tình trạng da/Bệnh chàm		
Skeletal (fractures, dislocations/sprains/scoliosis) Xương khớp (gãy/trật khớp/bong gân/vẹo cột sống)		

ALLERGIES DỊ ỨNG .....

Height: ..... Weight: .....

Chiều cao Cân nặng

B/P: ..... Heart Rate: .....

Huyết áp Nhịp tim

Current Medications Thuốc hiện tại	Dosage Liều dùng	Purpose Mục đích

	Normal Bình thường	Abnormal Bất thường
Head Đầu		
ENT Tai Mũi Họng		
Chest Ngực		
Abdomen Bụng		

Summary: If you answered Yes to any of the above, please provide details:

Tóm tắt: Nếu trả lời Có với bất kỳ mục nào ở trên, xin vui lòng cho biết thêm chi tiết:

.....  
.....

Tuberculosis Screening Kiểm tra bệnh Lao	PPD/Mantoux
Date tested Ngày kiểm tra	Chest Xray: Chụp X-Quang Ngực

# IMMUNISATION HISTORY

## PHIẾU CHÍCH NGỪA

**Photocopies of records must be submitted or parents/physician to transcribe each vaccine below**

*Bản sao của phiếu chích ngừa cần được nộp hoặc cha mẹ/thầy thuốc ghi lại các thuốc đã tiêm ngừa*

School required <i>Nhà trường yêu cầu</i>	Date <i>Ngày</i>	Date <i>Ngày</i>	Date <i>Ngày</i>	Date <i>Ngày</i>	Date <i>Ngày</i>	Remarks <i>Lưu ý</i>
DPT(Diphtheria, Pertussis, Tetanus) <i>Bạch hầu, Ho gà, Uốn ván</i>						
Polio <i>Bại liệt</i>						
Measles <i>Sởi</i>						
Mumps <i>Quai bị</i>						
Rubella <i>Sởi Đức</i>						
Hepatitis A <i>Viêm gan A</i>						
Hepatitis B <i>Viêm gan B</i>						
Haemophilus Influenza (HIB)						
Chicken Pox (Varicella) <i>Thủy đậu</i>						
Recommended for Vietnam <i>Được đề nghị tại Việt Nam</i>	Date <i>Ngày</i>	Date <i>Ngày</i>	Date <i>Ngày</i>	Date <i>Ngày</i>	Date <i>Ngày</i>	Remarks <i>Lưu ý</i>
Rabies <i>Bệnh dại</i>						
BCG (TB) <i>Lao</i>						
Typhoid <i>Thương hàn</i>						
HPV <i>Ngừa ung thư cổ tử cung</i>						
Japanese Encephalitis <i>Viêm não Nhật Bản</i>						
Meningococcal <i>Viêm màng não</i>						
Pneumococcal <i>Bệnh phế cầu khuẩn</i>						

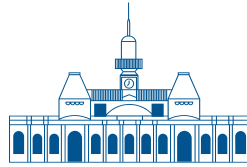
Physician Signature/Stamp: ..... Date .....

*Dấu/Chữ kí của bác sĩ*

*Ngày*

**Immunisation current for age, as certified by a physician.**

*Tiêm chủng hiện tại theo tuổi, được bác sĩ chứng nhận.*



**International School  
HO CHI MINH CITY  
AMERICAN ACADEMY**

Address: 16 Vo Trung Toan St., An Phu, Dist. 2, HCMC • Phone: (84-8) 3898 9098 • Fax: (84-8) 3519 4110 • Email: admissions@aavn.edu.vn • Website: www.aavn.edu.vn

## INFORMATION ON FILLING OUT MEDICAL EXAMINATION FORM

*Dear Parents and Doctor,*

Thank you for ensuring that all parts of this medical form are complete. There are two parts: **Part 1** by parents, and **Part 2** with your child's physician/doctor. Please be aware you may need to visit the doctor twice to check on results or receive booster shots. Here are a few notes to make your child's checkup more efficient:

Allergies: It's important to mention all allergic reactions to food or medications to your doctor.

Action Plan: Please provide any relevant information about your child that would help the school clinic staff to respond appropriately in an emergency. This is particularly useful if your child has asthma or allergies.

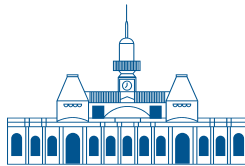
Vaccinations: Please submit photocopies of all vaccination records, or transcribe each of the required vaccines onto **Part 2** of the Medical Form.

TB: **Please remember to take your child's vaccination records with you to the check up.**  
TB is prevalent in Vietnam and many other countries. We ask that all children are screened prior to admission to ISHCMC American Academy and every 3 years. If your child has had any symptoms of TB (prolonged cough, exposure to a person with TB, weight loss, night sweats etc.) please inform your doctor.

TB screening: The preferred method for screening is PPD. If this is positive, please evaluate risk/exposure and decide need for CXR. Please note results on form.

Name	Address	Telephone	Website
<b>Columbia Asia Int. Clinic</b>	8 Alexandre de Rhodes St., Dist. 1	+84 8 3823 8455	columbiaasia.com
<b>Family Medical Practice</b>	Diamond Plaza, 34 Le Duan St., Dist. 1	+84 8 3822 7848	vietnammedicalpractice.com
	95 Thao Dien street, Dist. 2	+84 8 3744 2000	
<b>Franco Vietnamese Hospital</b>	6 Nguyen Luong Bang St., Phu My Hung, Dist. 7	+84 8 5411 3333 Ext.1260	fvhospital.com
<b>International SOS Clinic</b>	167A Nam Ky Khoi Nghia St., Dist. 3	+84 8 3829 8520	internationalsos.com
<b>Victoria Health Care My My</b>	79 Dien Bien Phu St., Dist.1	+84 8 3910 4545	victoriavn.com

*When you have completed the form please return to admissions department or email a scanned copy. If you have any questions, please contact the ISHCMC American Academy clinic on (+84) 3898-9098 Ext:177 or email [aanurse@aavn.edu.vn](mailto:aanurse@aavn.edu.vn)*



**International School  
HO CHI MINH CITY  
AMERICAN ACADEMY**

Address: 16 Vo Trung Toan St., An Phu, Dist. 2, HCMC • Phone: (84-8) 3898 9098 • Fax: (84-8) 3519 4110 • Email: admissions@aavn.edu.vn • Website: www.aavn.edu.vn

## THÔNG TIN HƯỚNG DẪN ĐIỀN PHIẾU KHÁM SỨC KHOẺ

*Thưa quý phụ huynh và bác sĩ,*

Nhà trường xin cảm ơn vì quý vị đã hoàn tất phiếu khám sức khỏe. Phiếu khám có 2 phần: **Phần 1** dành cho phụ huynh, **Phần 2** dành cho bác sĩ. Xin lưu ý rằng quý phụ huynh có thể cần gặp bác sĩ 2 lần để kiểm tra kết quả hoặc tiêm phòng nhắc lại. Sau đây là một số lưu ý để việc kiểm tra sức khỏe cho học sinh được hiệu quả hơn

**Di ứng:** Việc đề cập đến tất cả những dị ứng về thực phẩm hoặc thuốc của học sinh khi gặp bác sĩ là quan trọng.

**Kế hoạch xử trí:** Xin vui lòng cung cấp mọi thông tin liên quan đến học sinh có thể giúp cho bác sĩ có thể xử lý phù hợp trong trường hợp khẩn cấp. Điều này đặc biệt hữu ích trong trường hợp học sinh bị suyễn hay dị ứng.

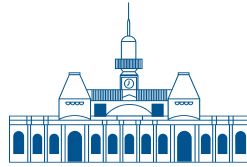
**Tiêm chủng:** Quý phụ huynh vui lòng nộp bản sao của tất cả phiếu chích ngừa, hoặc bản dịch của từng loại vắc-xin yêu cầu kèm vào **Phần 2** của Phiếu Khám Sức Khỏe

**Bệnh Lao:** **Xin lưu ý mang theo phiếu chích ngừa của học sinh khi đi khám.** Bệnh Lao hiện đang phổ biến tại Việt Nam và nhiều quốc gia khác. Nhà trường yêu cầu tất cả trẻ em cần được kiểm tra trước khi nhập học và khám lại sau mỗi 3 năm. Nếu học sinh có bất kỳ biểu hiện nào của bệnh Lao (ho kéo dài, tiếp xúc nhiều với người mắc bệnh Lao, giảm cân, ra mồ hôi buổi tối...), xin hãy cho bác sĩ biết.

**Khám bệnh Lao:** Phương thức được ưu tiên là PPD. Nếu kết quả dương tính, xin đánh giá nguy cơ và cho chụp X-Quang nếu cần. Vui lòng điền kết quả vào phiếu khám sức khỏe.

Cơ Sở Y Tế	Địa Chỉ	Điện Thoại	Website
Columbia Asia Int. Clinic	8 Alexandre de Rhodes, Quận 1	+84 8 3823 8455	columbiaasia.com
Family Medical Practice	Diamond Plaza, 34 Lê Duẩn, Quận 1	+84 8 3822 7848	vietnammedicalpractice.com
	95 Thảo Điền, Quận 2	+84 8 3744 2000	
Franco Vietnamese Hospital	6 Nguyễn Lương Bằng, Phú Mỹ Hưng, Quận 7	+84 8 5411 3333 Ext.1260	fvhospital.com
International SOS Clinic	167A Nam Kỳ Khởi Nghĩa, Quận 3	+84 8 3829 8520	internationalsos.com
Victoria Health Care My My	79 Điện Biên Phủ, Quận 1	+84 8 3910 4545	victoriavn.com

Khi đã hoàn tất Phiếu Khám Sức Khỏe, quý phụ huynh vui lòng nộp lại cho phòng tuyển sinh hoặc email bản scan. Nếu có thắc mắc nào, xin liên hệ phòng Y Tế (84-8) 3898-9098 Ext: 177 hoặc email [aanurse@aavn.edu.vn](mailto:aanurse@aavn.edu.vn)



**International School  
HO CHI MINH CITY  
AMERICAN ACADEMY**

Address: 16 Vo Trung Toan St., An Phu, Dist. 2, HCMC • Phone: (84-8) 3898 9098 • Fax: (84-8) 3519 4110 • Email: admissions@aavn.edu.vn • Website: www.aavn.edu.vn

---

## LOST IMMUNISATION RECORDS

Providing evidence of your child's immunisations is part of the required documentation to enter ISHCMC American Academy. If you have lost/misplaced your child's Immunisation Records, please provide this letter to the Doctor when having the ISHCMC American Academy Medical Check-Up:

Dear Parents and Doctor,

If the applicant does not have Immunisation Records for you to check in regards to our mandatory immunisations, please ensure the following pathology tests and titres are done and results submitted to us.

**Hepatitis A and B titers, MMR titer (HG IgG)**

There is no test for HIB, Polio or DTP. HIB vaccination cannot be given to children over the age of five.

Sincerely,

**Clinic Nurse**

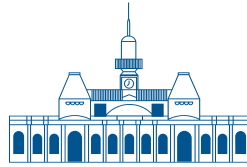
*International School Ho Chi Minh City American Academy*

Please sign below to confirm that the student's Immunisation Records, essential blood tests have been done and results provided.

Doctor Signature: .....

Doctor Name:.....

Date: .....



**International School  
HO CHI MINH CITY  
AMERICAN ACADEMY**

Address: 16 Vo Trung Toan St., An Phu, Dist. 2, HCMC • Phone: (84-8) 3898 9098 • Fax: (84-8) 3519 4110 • Email: admissions@aavn.edu.vn • Website: www.aavn.edu.vn

## MẤT PHIẾU CHÍCH NGỪA

Cung cấp xác nhận về việc tiêm phòng cho học sinh là một trong những thủ tục cần thiết để vào học tại ISHCMC American Academy. Nếu quý phụ huynh đã làm mất hoặc thất lạc Phiếu Chích Ngừa, xin vui lòng đưa thư này cho bác sĩ xem khi kiểm tra sức khoẻ:

Thưa quý phụ huynh và bác sĩ,

Nếu học sinh không có Phiếu Chích Ngừa theo như quy định chủng ngừa bắt buộc của nhà trường, xin vui lòng thực hiện các xét nghiệm sau và gửi lại kết quả.

### **Xét nghiệm Viêm Gan Siêu Vi A và B, Sởi, Quai Bị, Rubella**

Không có kiểm tra cho HIB, Bại Liệt, Bạch Hầu, Ho Gà, Uốn Ván. Vắc xin HIB không dùng cho trẻ em sau 5 tuổi.

Trân trọng,

### **Phòng Y Tế**

*International School Ho Chi Minh City American Academy*

Xin vui lòng kí tên bên dưới để xác nhận học sinh đã được chích ngừa và những xét nghiệm máu quan trọng đã được thực hiện và cung cấp kết quả.

Chữ kí bác sĩ: .....

Tên bác sĩ: .....

Ngày: .....