

MEDICAL EXAMINATION FORM

PHIẾU KHÁM SỨC KHỎE

PASSPORT
PHOTO

- 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 if required.

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)

Ngày sinh

(ngày/ tháng/ năm)

Sex: ☐ Male ☐ Female

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

THÔNG TIN LIÊN HỆ

PHỤ HUYNH/ NGƯỜI GIÁM HỘ

Name:

Tên

Phone:

Điện thoại

Relationship:

Quan hệ với học sinh

Email:

Địa chỉ email

Name:

Tên

Phone:

Điện thoại

Relationship:

Quan hệ với học sinh

Email:

Địa chỉ email

Local doctor or health care provider in HCMC:

Bác sĩ hoặc cơ sở y tế

Phone:

Điện thoại

EMERGENCY CONTACT:

LIÊN HỆ KHẨN CẤP

Name (not parent):

Tên (không phải cha mẹ)

Relationship:

Quan hệ với học sinh

Phone:

Điện thoại

Medical Insurance: ☐ Yes ☐ No

Bảo hiểm Y Tế

Có

Không

Name:

Nơi đăng ký khám chữa bệnh

Phone:

Điện thoại

Insurane number:

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.

If no immunisation records, 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.



SCHOOL CLINIC - PHÒNG Y TẾ

Email: AANurse@aavn.edu.vn • Phone: (84-28) 3898 9100

PART 2: TO BE FILLED OUT BY A PHYSICIAN/ DOCTOR
PHẦN 2: HOÀN TẤT BỞI BÁC SĨ

Student's name:
Họ và tên

Table with 3 columns: Condition, Yes/Có, No/Không. Rows include 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/răng giả/sâu răng, Cardiac abnormalities/heart/murmurs/Các bất thường về tim/lồng 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: Chiều cao
Weight: Cân nặng
B/P: Huyết áp
Heart Rate: Nhịp tim

Table with 3 columns: Current Medications/Thuốc hiện tại, Dosage/Liều dùng, Purpose/Mục đích. Multiple empty rows for data entry.

Table with 3 columns: Body Part, Normal/Bình thường, Abnormal/Bất thường. Rows include 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 kì mục nào ở trên, xin vui lòng cho biết thêm chi tiết:

Two horizontal dotted lines for providing summary details.

PE Participation Approved? PE
Đồng ý tham gia thể dục? Có Không

Competitive Sports Participation Approved? Competitive Sports
Chấp thuận cho tham gia thi đấu thể thao? Có Không

IMMUNISATION HISTORY

PHIẾU CHÍCH NGỪA

Take your child's immunization record to the doctor appointment to transfer the immunizations onto our ISHCMC-AA Medical Form to ensure that your child has received all of the School Required vaccinations.

Vui lòng mang hồ sơ tiêm chủng của con bạn đến gặp bác sĩ để ghi nhận các lần tiêm chủng vào Phiếu khám sức khoẻ của trường nhằm đảm bảo rằng con bạn đã hoàn thành việc tiêm chủng theo yêu cầu của nhà trường.

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>						
Haemophylus Influenza (HIB) <i>Viêm não B</i>						
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>						
Typhoid <i>Thương hàn</i>						
HPV <i>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.