

PHIẾU KHAI BÁO THÔNG TIN SỨC KHỎE HỌC SINH STUDENT HEALTH INFORMATION FORM

Nhằm mục đích hỗ trợ theo dõi tình trạng sức khỏe học sinh một cách tốt nhất, Quý Phụ huynh vui lòng điền thông tin tình trạng sức khỏe đầy đủ vào tờ khai bên dưới và gửi lại Văn phòng Dịch vụ.

In order to support the best monitoring of student health, please complete the form below and return it to School Services Office.

A. THÔNG TIN CHUNG – GENERAL INFORMATION:

Họ và tên học sinh: _____

Student's full name:

Ngày sinh: _____ Giới tính: _____ Số CMND/ Hộ chiếu: _____

D.O.B

Gender

ID Code / Passport

Địa chỉ nhà: _____

Address

B. THÔNG TIN TIỀN SỬ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN SỨC KHỎE – MEDICAL HISTORY AND HEALTH RELATED

1. Tình trạng sức khỏe lúc sinh – Health status when student was born :

Sinh thường

Sinh mổ

Spontaneous delivery

Abdominal delivery

Các lưu ý cần theo dõi sau sinh (nếu có): _____

Sequelae need monitoring postpartum (if any)

Dị tật bẩm sinh (nếu có): _____

Congenital disorder (if any)

2. Tiền sử sức khỏe học sinh - Student health's history record:

Tình trạng bệnh/ Triệu chứng <i>Medical condition/ Symptom</i>	Mô tả <i>Description</i>	Dặn dò <i>Reminder</i>
Dị ứng - <i>Allergy</i>		
Tim mạch - <i>Cardiopathy</i>		
Huyết áp cao/ thấp - <i>High / Low blood pressure</i>		
Đường ruột/ Dạ dày <i>Stomach diseases</i>		
Viêm gan siêu vi A, B, C <i>Hepatitis virus A, B, C</i>		
Hô hấp/ Hen suyễn <i>Respiratory disease / Asthma</i>		
Da liễu <i>Venereal diseases</i>		

Khác <i>Others</i>		
-----------------------	--	--

3. Tiền sử sức khỏe gia đình – Student family’ health history record :

Tình trạng bệnh/ Triệu chứng <i>Medical condition/ Symptom</i>	Mô tả <i>Description</i>	Dặn dò <i>Reminder</i>
Dị ứng - <i>Allergy</i>		
Tim mạch - <i>Cardiopathy</i>		
Huyết áp cao/ thấp - <i>High / low blood pressure</i>		
Đường ruột/ Dạ dày <i>Stomach diseases</i>		
Viêm gan siêu vi A, B, C <i>Hepatitis virus A, B, C</i>		
Hô hấp/ Hen suyễn <i>Respiratory disease / Asthma</i>		
Da liễu <i>Venereal diseases</i>		
Khác <i>Others</i>		

4. Những lưu ý đặc biệt khác ảnh hưởng trực tiếp đến quá trình học tập của Học sinh tại trường:

Other special considerations that directly affect Student learning at school

C. CAM KẾT VỀ KHAI BÁO THÔNG TIN VÀ ĐIỀU TRỊ Y TẾ - COMMITMENTS ON DISCLOSURE OF MEDICAL INFORMATION AND TREATMENT AT SCHOOL :

- Tôi/ Chúng tôi cam kết những thông tin cung cấp trên là đúng và đầy đủ với tình trạng/ hiện trạng sức khỏe của Học sinh. Nếu có bất cứ thông tin sai lệch hoặc thiếu sót nào ảnh hưởng trực tiếp đến quá trình thực hiện các biện pháp Y tế tại trường, Tôi/ Chúng tôi sẽ hoàn toàn chịu trách nhiệm.

I/We hereby declare that the information I/We have provided above on this form is accurate and complete. If there is any incorrect information or omission that directly affects the implementation of the Medical measures at school, I / We will be solely responsible.

- Trong trường hợp Học sinh bệnh tật và có nhu cầu sử dụng dịch vụ y tế cá nhân, Tôi/ Chúng tôi có nhiệm vụ gửi thuốc/ vật dụng trị liệu trực tiếp đến phòng Y tế của Nhà trường và kèm theo thông tin tên Học sinh, tên thuốc, liều lượng và hướng dẫn sử dụng theo đúng chỉ định của bác sĩ.

I/ We acknowledge and agree that in the event of that Student is sick and needs to use a personal medical health care, I/We am/are responsible to send the medication to the School medical clinic and note down the Student's full name, dosage and instructions usage.

- Trong trường hợp Học sinh bệnh tật, tai nạn hoặc bất cứ lúc nào cần được điều trị y tế, Tôi/ Chúng tôi cũng đồng ý ủy quyền cho Phòng Y tế của Nhà trường tiến hành các biện pháp điều trị y tế vì lợi ích tốt nhất cho Học sinh. Tôi/ Chúng tôi hiểu rằng Nhà trường sẽ cố gắng liên hệ với gia đình trước khi Học sinh được điều trị khẩn cấp. Tôi/ Chúng tôi đồng ý thanh toán đầy đủ chi phí liên quan và sẽ không khiếu nại hoặc yêu cầu Nhà trường chịu bất cứ trách nhiệm nào liên quan chi phí cũng như các vấn đề khác phát sinh từ việc điều trị này.

In the event that a Student is ill, in an accident or at any time requiring medical treatment, I / We also agree to authorize the School Health Department to conduct medical treatment for the sake of best for Students. I / We understand that the School will attempt to contact the family before Student is urgently treated. I / We agree to pay all costs involved and will not complain or require the School to assume any responsibility related to costs or other issues arising from this treatment.

Chữ ký Phụ huynh/Người giám hộ: _____ **Ngày:** _____

Signature of Parent's / Guardian's

Date:

Họ tên Phụ huynh/ Người giám hộ: _____

Fullname of Parent's / Guardian's