

This form will not be accepted unless signed by both parents or legal guardian(s). The school requires that this form be completed by the student's parent annually to ensure that we understand your child's health care needs. / Đơn này chỉ được chấp nhận khi có đầy đủ chữ ký của cha và mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp. Nhà trường đề nghị Quý phụ huynh điền thân điền đầy đủ thông tin trong mẫu đơn này mỗi năm học nhằm đảm bảo các thông tin cần thiết về nhu cầu chăm sóc sức khỏe của học sinh.

FOR OFFICE USE ONLY DÙNG CHO VĂN PHÒNG	
Received by: <i>Người nhận</i>	
Signature: <i>Chữ ký</i>	
Date Received: <i>Ngày nhận</i>	

Full name:

Họ tên học sinh

Last/Family name

Họ

Middle name

Tên đệm

First name

Tên

Male
Nam

Date of birth:

Ngày sinh

dd/mm/yyyy

ngày/tháng/năm

Grade:

Lớp

Female
Nữ

HEALTH INFORMATION

THÔNG TIN SỨC KHỎE

	Yes <i>Có</i>	No <i>Không</i>	List of current medications/ Limitations/ Concerns/ Description <i>Các loại thuốc đang sử dụng/ Chống chỉ định/ Cần quan tâm/ Mô tả</i>
Asthma <i>Bệnh suyễn</i>			
ADD/ ADHD <i>Bệnh mất khả năng tập trung/ Bệnh tăng động giảm chú ý</i>			
Heart disease <i>Bệnh tim</i>			
Seizures <i>Bệnh động kinh</i>			
Diabetes <i>Bệnh tiểu đường</i>			
Major surgery/ Accidents <i>Phẫu thuật/ Tai nạn</i>			
Congenital malformation <i>Dị tật bẩm sinh</i>			
Allergy – Drugs <i>Dị ứng – Thuốc</i>			
Allergy – Food <i>Dị ứng – Thức ăn</i>			
Allergy – Other <i>Dị ứng – Khác</i>			
Other health concerns <i>Các vấn đề sức khỏe khác</i>			

Physical handicap or limitation which hinders maximum participation in academic or athletic activities, including classroom and field trips:

Những khiếm khuyết về thể chất có thể dẫn đến hạn chế trong việc học tập cũng như tập luyện thể thao của học sinh, trong lớp học và trong các chuyến học tập dã ngoại:

MEDICATIONS THUỐC ĐIỀU TRỊ

- I/ We authorize the School to refer the student to a hospital for urgent treatment in case the provided emergency contacts cannot be reached. I/ We shall bear financial responsibility for any such treatment.

Tôi/ Chúng tôi đồng ý cho trường Quốc tế Mỹ đưa học sinh vào bệnh viện chữa trị trong trường hợp khẩn cấp mà không liên lạc được với những người trong danh sách đã cung cấp. Tôi/ Chúng tôi sẽ chịu toàn bộ phí tổn của việc chữa trị.

- Please check the following Medications you would authorize your student to be given at school:

Quý phụ huynh vui lòng chọn loại thuốc mà học sinh được phép sử dụng tại trường:

Pain relief/ Fever reducer

Thuốc giảm đau/ Thuốc hạ sốt

Triple Antibiotic Cream

Thuốc bôi da trị phỏng, côn trùng cắn

Eye Wash

Dung dịch nhỏ mắt sát khuẩn

MEDICAL INSURANCE INFORMATION THÔNG TIN BẢO HIỂM Y TẾ

Insurance Carrier:

Công ty bảo hiểm

Card #:

Số thẻ

Valid:

Hiệu lực

PHYSICIAN INFORMATION THÔNG TIN BÁC SĨ

Full Name:

Họ tên

Work Phone

Điện thoại làm việc

Fax

Số fax

Hospital:

Bệnh viện

Work Address:

Địa chỉ làm việc

IMMUNIZATION RECORDS

Y BẠ CHỨNG NGỪA

Immunization dates are required with this application.

Phụ huynh ghi rõ ngày tiêm phòng.

You need to attach a copy of an official immunization record. If the official immunization record is lost, please still specify the date with your initial to confirm at the bottom of this page.

Phụ huynh cần kèm theo bản sao của Giấy chứng nhận chủng ngừa. Nếu Phụ huynh không còn lưu giữ hồ sơ chủng ngừa của học sinh, vui lòng vẫn ghi rõ ngày tiêm phòng cùng với chữ ký xác nhận của Phụ huynh tại cuối trang này.

If no immunisation records are available, please provide results of essential blood tests: Hep A, Hep B, MMR.

Nếu thất lạc thông tin chủng ngừa, xin vui lòng cung cấp kết quả thử máu: Viêm gan A, B, Sởi, Quai bị, Rubella.

Immunization schedule for children less than 1 year old (required by Vietnamese Ministry of Health)

Danh sách tiêm chủng dành cho trẻ em dưới 1 tuổi (theo quy định của Bộ Y Tế Việt Nam)

Vaccine Các bệnh chủng ngừa	No. of shots Số mũi tiêm	Date for shots completion (dd/mm/yy) Ngày tiêm đủ các mũi (ngày/tháng/năm)		
5-in-1 vaccine (or DTaP/IPV/Hib vaccine) protects against five diseases: diphtheria, tetanus, whooping cough (pertussis), polio, and Hib (Haemophilus influenzae type b). Vắc xin 5 trong 1 (hay còn gọi là vắc xin DTaP/IPV/Hib) sẽ phòng ngừa các bệnh bạch hầu, ho gà, uốn ván, bại liệt, và các bệnh gây ra do vi khuẩn Hib đặc biệt là viêm màng não mủ.	3			
Or 6-in-1 vaccine protects against six diseases: diphtheria, hepatitis B, tetanus, whooping cough (pertussis), polio, and Hib (Haemophilus influenzae type b). Hoặc vắc xin 6 trong 1 sẽ phòng ngừa các bệnh bạch hầu, ho gà, uốn ván, bại liệt, viêm gan B và các bệnh gây ra do vi khuẩn Hib đặc biệt là viêm màng não mủ.	3			
Measles (initial shot at the 9 th month, and booster shot at the 18 th month) Vắc xin sởi (Mũi đầu vào tháng thứ 9 và mũi nhắc lại vào tháng thứ 18)	1			
Or Measles, Mumps, Rubella – MMR (initial shot at the 12 th month, and booster shot after 3 years) Hoặc vắc xin ngừa Sởi-Quai bị-Rubella (Mũi đầu vào tháng thứ 12 và mũi nhắc lại vào 3 năm sau)	1			
Note: If a child gets a Measles vaccination on the 9 th month and then gets the MMR at the 12 th month, he/she will not need to have the booster shot at the 18 th month. The next booster shot should be after 3 years. Lưu ý: Nếu chích ngừa sởi vào tháng thứ 9, sau đó tiêm mũi tổng hợp MMR vào tháng thứ 12 thì không cần nhắc lại vào tháng thứ 18 nữa. Sẽ nhắc lại mũi cuối vào 3 năm sau.				

Immunization schedule for children from 1-10 years old year old (recommended)

Danh sách tiêm chủng dành cho trẻ em từ 1 đến 10 tuổi (không bắt buộc)

Vaccine Các bệnh chủng ngừa	No. of shots Số mũi tiêm	Date for shots completion (dd/mm/yy) Ngày tiêm đủ các mũi (ngày/tháng/năm)		
Japanese Encephalitis Vắc xin viêm não Nhật Bản	3			
Hepatitis A Vắc xin viêm gan A	2			
Chicken pox Vắc xin ngừa Trại rạ	2			
Seasonal influenza Vắc xin ngừa cúm theo mùa	2			
Typhoid Vắc xin Thương hàn	1			
Meningococcal A+C Vắc xin ngừa viêm màng não mủ do mô cầu A và C	1			
Pneumonia 23 Vắc xin Phế cầu 23	1			
Human papillomavirus vaccine HPV Vắc xin ngừa ung thư cổ tử cung	3			
Other(s) Các loại vắc xin khác	1			

*Please follow the schedule for booster shot (if applicable) after the initial immunization (required & recommended)

Phụ huynh vui lòng theo dõi lịch tiêm chủng nhắc lại (nếu có) sau các mũi tiêm chủng ban đầu (bắt buộc và không bắt buộc)

Parent's/ Guardian's Initial

Chữ ký tắt của phụ huynh/ người giám hộ

