



THE AMERICAN SCHOOL

Developing Academic Excellence and Strength of Character

Elementary Campus

177A Nguyen Van Huong Str.
Thao Dien Ward, Dist. 2
HCMC, Vietnam

Middle-High School Campus

172-180 Nguyen Van Huong Str.
Thao Dien Ward, Dist. 2
HCMC, Vietnam

Phone (84-8) 3519 2223

Fax (84-8) 3519 2224

Email info@tasvietnam.edu.vn

Website www.tas.edu.vn

MEDICAL RECORD BÁO CÁO SỨC KHỎE

PLEASE COMPLETE THIS FORM AND RETURN IT TO TAS WITHIN 30 DAYS.

VUI LÒNG HOÀN THÀNH MẪU ĐƠN NÀY VÀ GỬI LẠI TRƯỜNG TRONG 30 NGÀY.

We ask for this information so that the school will know in advance of special medical conditions your child(ren) may have. Also, in the event of injury or illness, this form provides emergency medical personnel with a useful medical history.

Nhà trường yêu cầu những thông tin này để biết trước những bệnh đặc biệt mà con em quý vị phụ huynh có thể mắc phải. Đồng thời, trong những trường hợp bị thương hay bệnh, đơn này sẽ cung cấp khẩn cấp những bệnh học sinh mắc phải trước đây một cách hữu ích cho nhân viên y tế.

We will keep the information on this form confidential. It will be seen by staff, medical personnel, or others who know and understand its confidential nature.

Thông tin trong mẫu đơn này sẽ được bảo mật. Chỉ những nhân viên, nhân viên y tế hay những người hiểu biết về y khoa mới có thể xem xét những thông tin này.

STUDENT DETAILS (CHI TIẾT VỀ HỌC SINH)

| | | | | |
|---------------------|----------------------|-------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| First Name/Tên | <input type="text"/> | Gender/Giới tính | Male/Nam <input type="checkbox"/> | Female/Nữ <input type="checkbox"/> |
| Middle Name/Tên đệm | <input type="text"/> | Date of Birth/Ngày sinh | <input type="text"/> | |
| Last Name/Họ | <input type="text"/> | Grade/Lớp | <input type="text"/> | |
| | | Blood Type/Nhóm máu | <input type="text"/> | |

PARENTS/GUARDIAN DETAILS (CHI TIẾT VỀ PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ)

| | | | |
|---|----------------------|---|----------------------|
| Father's Name: <i>Họ tên Cha</i> | <input type="text"/> | Mother's Name: <i>Họ tên Mẹ</i> | <input type="text"/> |
| Residence Address: <i>Địa chỉ cư trú</i> | <input type="text"/> | | |
| Father's Office Phone No.: <i>Điện thoại nơi làm việc của Cha</i> | <input type="text"/> | Father's Mobile No.: <i>Điện thoại di động của Cha</i> | <input type="text"/> |
| Mother's Office Phone No.: <i>Điện thoại nơi làm việc của Mẹ</i> | <input type="text"/> | Mother's Mobile No.: <i>Điện thoại di động của Mẹ</i> | <input type="text"/> |
| In case of Emergency Contact: <i>Trường hợp cần liên lạc khẩn cấp</i> | <input type="text"/> | Relationship: <i>Quan hệ</i> | <input type="text"/> |
| Home phone: <i>Điện thoại nhà</i> | <input type="text"/> | Work phone: <i>Điện thoại nơi làm việc</i> | <input type="text"/> |
| Mobile phone: <i>Di động</i> | <input type="text"/> | | |
| If the above person is unavailable, please notify: <i>Nếu không liên lạc được với người bên trên, vui lòng báo cho</i> | <input type="text"/> | Relationship: <i>Quan hệ</i> | <input type="text"/> |
| Home phone: <i>Điện thoại nhà</i> | <input type="text"/> | Work phone: <i>Điện thoại nơi làm việc</i> | <input type="text"/> |
| Mobile phone: <i>Di động</i> | <input type="text"/> | | |

SPECIAL EDUCATION NEEDS (NHU CẦU GIÁO DỤC ĐẶC BIỆT)

Does your child have any special educational needs now or in the past?
(Please specify and/or attach relevant assessment documents if the answer to the above is YES)

YES CÓ NO KHÔNG

Hiện tại và trước đây con em quý vị có bất cứ nhu cầu giáo dục đặc biệt nào không?
(Vui lòng ghi rõ và/hay đính kèm giấy tờ đánh giá có liên quan nếu chọn câu trả lời là CÓ)

MEDICAL HISTORY (TIỀN SỬ BỆNH)

| | Not sure <i>Không chắc</i> | No <i>Không</i> | Yes <i>Có</i> | If yes, please give details/reports including any current medication <i>Nếu có, vui lòng cung cấp chi tiết/ báo cáo bao gồm các loại thuốc đang sử dụng</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--------------------|------------------|--|--|---|--|---|---|---|--|--|---|--|---|--|---|---|---|--|---|---|---|---|--|---|---|--|
| 1. Has your child had any injury, surgery, or hospitalization? <i>Đã từng bị thương hay phẫu thuật?</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Is your child seeing a health practitioner? If yes, please specify. <i>Có đang được bác sĩ chăm sóc vì bất cứ lý do nào không?</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Is your child taking any medication for emotional/behavioral problems such as Ritalin, Prozac and Xanax? <i>Có đang sử dụng thuốc điều trị các vấn đề liên quan đến cảm xúc/ hành vi như Ritalin, Prozac và Xanax không?</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Does your child have a history of emotional/behavioral problems? <i>Có tiền sử bệnh các vấn đề về cảm xúc/ hành vi không?</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Is your child allergic to any food or medicine? <i>Có dị ứng với bất kỳ thức ăn hay thuốc gì không?</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Does your child have any problems that effect his/her participation in athletics? <i>Có bất cứ vấn đề gì ảnh hưởng đến việc tham gia các hoạt động thể thao không?</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Does your child have a hearing problem? If yes, does he/she wear a hearing aid? <i>Có vấn đề về thính giác không? Nếu có, học sinh có dùng máy trợ thính không?</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Does your child wear glasses or contacts? <i>Có đeo kính hay kính sát tròng không?</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. Does your child wear any dental caps/bridges/braces/plates? <i>Có trám/nối/niềng/thay răng không?</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. Does your child have any presence of internal pins, wires, artificial joints or other? If so, please specify. <i>Con của Phụ huynh có sử dụng khớp nhân tạo, gắn ốc vít, bọc thép hoặc gắn những thiết bị khác trong cơ thể không? Nếu có, xin vui lòng ghi rõ:</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11. Does your child have any history of the following diseases? Please tick if the answer is "YES". <i>Có bất cứ tiền sử bệnh nào dưới đây không? Vui lòng đánh dấu nếu câu trả lời là "CÓ".</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Measles/bệnh sởi</td> <td><input type="checkbox"/> Hepatitis/viêm gan</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mumps/bệnh quai bị</td> <td><input type="checkbox"/> Pneumonia/viêm phổi</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Chicken Pox/bệnh trái rạ</td> <td><input type="checkbox"/> Tuberculosis/bệnh lao</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Whooping Cough/ho gà</td> <td><input type="checkbox"/> Pink Eye/đau mắt đỏ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rubella C German Measles/bệnh sởi do Rubella loại C</td> <td><input type="checkbox"/> Cancer/bệnh ung thư</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rheumatic Fever/sốt thấp khớp</td> <td></td> </tr> </table> | | | | | <input type="checkbox"/> Measles/bệnh sởi | <input type="checkbox"/> Hepatitis/viêm gan | <input type="checkbox"/> Mumps/bệnh quai bị | <input type="checkbox"/> Pneumonia/viêm phổi | <input type="checkbox"/> Chicken Pox/bệnh trái rạ | <input type="checkbox"/> Tuberculosis/bệnh lao | <input type="checkbox"/> Whooping Cough/ho gà | <input type="checkbox"/> Pink Eye/đau mắt đỏ | <input type="checkbox"/> Rubella C German Measles/bệnh sởi do Rubella loại C | <input type="checkbox"/> Cancer/bệnh ung thư | <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever/sốt thấp khớp | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Measles/bệnh sởi | <input type="checkbox"/> Hepatitis/viêm gan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Mumps/bệnh quai bị | <input type="checkbox"/> Pneumonia/viêm phổi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Chicken Pox/bệnh trái rạ | <input type="checkbox"/> Tuberculosis/bệnh lao | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Whooping Cough/ho gà | <input type="checkbox"/> Pink Eye/đau mắt đỏ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Rubella C German Measles/bệnh sởi do Rubella loại C | <input type="checkbox"/> Cancer/bệnh ung thư | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever/sốt thấp khớp | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11. Does your child have any history of the following medical problems? Please tick if the answer is "YES". <i>Có bất cứ tiền sử bệnh nào dưới đây không? Vui lòng đánh dấu nếu câu trả lời là "CÓ".</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ear Infection/nhiễm trùng tai</td> <td><input type="checkbox"/> Seizures/chứng co giật</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nose Problems (sinus infection, nosebleeds)/các vấn đề về đường mũi</td> <td><input type="checkbox"/> ADD/ADHD (problems paying attenting, sitting still)/ <i>Rối loạn tăng động giảm chú ý</i></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Eye Problems (blurry vision, cataract)/các vấn đề về mắt</td> <td><input type="checkbox"/> Sleeping Problems/các vấn đề về giấc ngủ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hearing Problems/các vấn đề về nghe (kém thính)</td> <td><input type="checkbox"/> Breathing Problems (cough, asthma)/các vấn đề về hô hấp</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mouth or Throat Problems (strep throat)/bệnh về miệng, cổ họng</td> <td><input type="checkbox"/> Depression/Mental Illness/trầm cảm, bệnh tâm thần</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diarrhea (having frequent and runny bowel movements)/tiêu chảy</td> <td><input type="checkbox"/> Warts/mụn cóc</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Heart Problems/các vấn đề về tim</td> <td><input type="checkbox"/> Jaundice (yellow skin)/vàng da</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Constipation/táo bón</td> <td><input type="checkbox"/> Anemia/bệnh thiếu máu</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Vomiting/nôn mửa</td> <td><input type="checkbox"/> Diabetes/bệnh tiểu đường</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bladder Problems (pain when peeing)/các vấn đề về bàng quang</td> <td><input type="checkbox"/> Dizziness/Headaches/chóng mặt/nhức đầu</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Back/Postural Problems (crooked back, back pain)/các vấn đề về lưng, cột sống</td> <td><input type="checkbox"/> Other problems/issues: các vấn đề khác</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Skin Problems (acne, flaring skin, rashes, hives)/các vấn đề về da</td> <td></td> </tr> </table> | | | | | <input type="checkbox"/> Ear Infection/nhiễm trùng tai | <input type="checkbox"/> Seizures/chứng co giật | <input type="checkbox"/> Nose Problems (sinus infection, nosebleeds)/các vấn đề về đường mũi | <input type="checkbox"/> ADD/ADHD (problems paying attenting, sitting still)/ <i>Rối loạn tăng động giảm chú ý</i> | <input type="checkbox"/> Eye Problems (blurry vision, cataract)/các vấn đề về mắt | <input type="checkbox"/> Sleeping Problems/các vấn đề về giấc ngủ | <input type="checkbox"/> Hearing Problems/các vấn đề về nghe (kém thính) | <input type="checkbox"/> Breathing Problems (cough, asthma)/các vấn đề về hô hấp | <input type="checkbox"/> Mouth or Throat Problems (strep throat)/bệnh về miệng, cổ họng | <input type="checkbox"/> Depression/Mental Illness/trầm cảm, bệnh tâm thần | <input type="checkbox"/> Diarrhea (having frequent and runny bowel movements)/tiêu chảy | <input type="checkbox"/> Warts/mụn cóc | <input type="checkbox"/> Heart Problems/các vấn đề về tim | <input type="checkbox"/> Jaundice (yellow skin)/vàng da | <input type="checkbox"/> Constipation/táo bón | <input type="checkbox"/> Anemia/bệnh thiếu máu | <input type="checkbox"/> Vomiting/nôn mửa | <input type="checkbox"/> Diabetes/bệnh tiểu đường | <input type="checkbox"/> Bladder Problems (pain when peeing)/các vấn đề về bàng quang | <input type="checkbox"/> Dizziness/Headaches/chóng mặt/nhức đầu | <input type="checkbox"/> Back/Postural Problems (crooked back, back pain)/các vấn đề về lưng, cột sống | <input type="checkbox"/> Other problems/issues: các vấn đề khác | <input type="checkbox"/> Skin Problems (acne, flaring skin, rashes, hives)/các vấn đề về da | |
| <input type="checkbox"/> Ear Infection/nhiễm trùng tai | <input type="checkbox"/> Seizures/chứng co giật | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Nose Problems (sinus infection, nosebleeds)/các vấn đề về đường mũi | <input type="checkbox"/> ADD/ADHD (problems paying attenting, sitting still)/ <i>Rối loạn tăng động giảm chú ý</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Eye Problems (blurry vision, cataract)/các vấn đề về mắt | <input type="checkbox"/> Sleeping Problems/các vấn đề về giấc ngủ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Hearing Problems/các vấn đề về nghe (kém thính) | <input type="checkbox"/> Breathing Problems (cough, asthma)/các vấn đề về hô hấp | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Mouth or Throat Problems (strep throat)/bệnh về miệng, cổ họng | <input type="checkbox"/> Depression/Mental Illness/trầm cảm, bệnh tâm thần | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Diarrhea (having frequent and runny bowel movements)/tiêu chảy | <input type="checkbox"/> Warts/mụn cóc | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Heart Problems/các vấn đề về tim | <input type="checkbox"/> Jaundice (yellow skin)/vàng da | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Constipation/táo bón | <input type="checkbox"/> Anemia/bệnh thiếu máu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Vomiting/nôn mửa | <input type="checkbox"/> Diabetes/bệnh tiểu đường | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Bladder Problems (pain when peeing)/các vấn đề về bàng quang | <input type="checkbox"/> Dizziness/Headaches/chóng mặt/nhức đầu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Back/Postural Problems (crooked back, back pain)/các vấn đề về lưng, cột sống | <input type="checkbox"/> Other problems/issues: các vấn đề khác | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Skin Problems (acne, flaring skin, rashes, hives)/các vấn đề về da | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

IMMUNIZATION HISTORY (GIẤY CHỨNG NHẬN CHỪNG NGỪA)

Please submit copies of the child's official immunization records to confirm as indicated below. If the records are not in English, a notarized translation must be provided. These may be copies of infant injection books or other physician's documentation verifying actual dates the injections were administered. Please note "lost" in the note column if no records can be found

Vui lòng nộp bản sao giấy chứng nhận chủng ngừa để xác nhận các mũi tiêm bên dưới. Nếu giấy chứng nhận không phải tiếng Anh xin vui lòng nộp bản dịch. Giấy chứng nhận có thể là bản sao sổ tiêm chủng lúc nhỏ hay cung cấp các phiếu khám của bác sĩ xác nhận ngày tháng tiêm chủng. Xin ghi "thất lạc" vào cột ghi chú nếu không tìm được giấy tờ lưu.

| Vaccine (fill in dates as D/M/Y) <i>Vacxin (ngày tháng chủng ngừa)</i> | 1st dose <i>Mũi 1</i> | 2nd dose <i>Mũi 2</i> | 3rd dose <i>Mũi 3</i> | 4th dose <i>Mũi 4</i> | 5th dose <i>Mũi 5</i> | Notes <i>Ghi chú</i> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| BCG Skin Test (TB) <i>Vacxin ngừa lao</i> | | | | | | |
| DPT Diphtheria/Tetanus toxoid/Pertussis <i>Vacxin ngừa uốn ván/Ho gà/Bạch hầu</i> | | | | | | |
| Polio (OPV/IPV) <i>Vacxin ngừa bại liệt</i> | | | | | | |
| HIB Haemophilus Influenza type B <i>Vacxin ngừa cúm HIB loại B</i> | | | | | | |
| Hepatitis B <i>Vacxin ngừa viêm gan siêu vi B</i> | | | | | | |
| MMR Measles/Mumps/Rubella <i>Vacxin ngừa sởi/Quai bị/Rubella</i> | | | | | | |
| Pneumococcal Vaccine (PCV PPV) <i>Vacxin ngừa chống khuẩn cầu phổi</i> | | | | | | |
| Varicella (Chicken Pox) <i>Vacxin ngừa thủy đậu</i> | | | | | | |
| Hepatitis A <i>Vacxin ngừa viêm gan siêu vi A</i> | | | | | | |
| Influenza <i>Vacxin ngừa cúm</i> | | | | | | |
| Japanese Encephalitis <i>Vacxin não Nhật Bản</i> | | | | | | |
| Others <i>Vacxin khác</i> | | | | | | |

Vaccination Requirements for Early Childhood (2-5 yo):

Diphtheria-Tetanus-Pertusis (DTP or DTap)

1 dose for 2-18 months of age. 3 doses at 18 months of age and older.

Polio

1 dose for 2-18 months of age. 3 doses at 18 months of age and older.

MMR

1 dose on or after 12 months of age.

Haemophilus Influenza type B

1 dose for 2-18 months of age. 3 doses at 18 months of age and older or 1 dose after 15 months of age.

Hepatitis B

2 dose for 2-18 months of age. 3 doses at 18 months.

Varicella (Chicken Pox)

1 dose on or after 12 months of age.

Vaccination Requirements for School Entry (K-12):

Diphtheria-Tetanus-Pertusis (DTP or DTap)

5 doses

Polio

4 doses

MMR

2 doses

Hepatitis B

3 doses

Varicella (Chicken Pox)

2 doses

Medical Notes: (allergies, vaccine reactions, etc.)

Signature of Parent/Guardian: _____

Chữ ký của Phụ huynh/ Người giám hộ

Name of Parent/Guardian: _____

Tên của Phụ huynh/ Người giám hộ

Date: _____ / _____ / _____
Ngày Tháng Năm



THE AMERICAN SCHOOL
Developing Academic Excellence and Strength of Character

Elementary Campus

177A Nguyen Van Huong Str.
Thao Dien Ward, Dist. 2
HCMC, Vietnam

Middle-High School Campus

172-180 Nguyen Van Huong Str.
Thao Dien Ward, Dist. 2
HCMC, Vietnam

Phone (84-8) 3519 2223

Fax (84-8) 3519 2224

Email info@tasvietnam.edu.vn

Website www.tas.edu.vn

ANNUAL HEALTH CHECK UP

(Valid for one year)



STUDENT INFORMATION (THÔNG TIN HỌC SINH)

Student name: Male Female
Họ tên học sinh Nam Nữ

Date of birth: Place of birth:
Ngày sinh Nơi sinh:

Home address:
Địa chỉ nhà

Student resides with: Both parents Mother Father Guardian Lives alone
Học sinh sống với Cha mẹ Mẹ Cha Người giám hộ Sống một mình

PHYSICAL EXAMINATION (KHÁM THỂ CHẤT)

Height: Weight: Blood pressure: Pulse rate:
Chiều cao Cân nặng Huyết áp Nhịp tim

PHYSICAL EXAMINATION (KHÁM CHUYÊN KHOA)

| | | Normal <i>Bình thường</i> | Abnormal <i>Bất thường</i> | Physician's signature <i>Chữ ký bác sĩ khám</i> |
|---|--------------|------------------------------|-------------------------------|--|
| Eyes & color vision <i>Mắt và sắc giác</i> | Left (Trái) | | | |
| | Right (Phải) | | | |
| Visual with glasses <i>Nhìn có kính</i> | Left (Trái) | | | |
| | Right (Phải) | | | |
| Without glasses <i>Nhìn không kính</i> | Left (Trái) | | | |
| | Right (Phải) | | | |
| Ears <i>Tai</i> | Left (Trái) | | | |
| | Right (Phải) | | | |
| Nose (Mũi) | | | | |
| Throat (Họng) | | | | |
| Teeth, Jaw and Face (Răng hàm mặt) | | | | |
| Lungs (Phổi) | | | | |
| Heart (Tim) | | | | |
| Abdomen (Bụng) | | | | |
| Skin (Da) | | | | |
| Neurological (Hệ thần kinh) | | | | |

Comments: Physician's name:
Nhận xét Tên bác sĩ

Date of Examination: ____ / ____ / ____ Signature & Stamp: _____
Ngày khám Chữ ký và Đóng dấu