

**Vui lòng hoàn thành cả hai mặt**
**Ngày:** \_\_\_\_\_ **Ngày Sinh:** \_\_\_\_\_ **Tuổi:** \_\_\_\_\_ **Tên:** \_\_\_\_\_

**Giới tính lựa chọn:**  Nam  Nữ  Khác: \_\_\_\_\_ **Tên Muốn Được Gọi:** \_\_\_\_\_

**Đại Từ Nhân Xưng Muốn Được Gọi:** \_\_\_\_\_

**\*\*Vui lòng mang theo hồ sơ chích ngừa của quý vị để chúng tôi sao chép lại. \*\***
**Vui lòng trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị về bất kỳ thắc mắc nào mà quý vị chưa hiểu**
**Bệnh Sử Cá Nhân**

- Có  Không Hôm nay, quý vị có lo ngại cụ thể nào không? Nếu có, xin giải thích rõ: \_\_\_\_\_
- Có  Không Quý vị hiện có bất kỳ bệnh trạng đáng chú ý nào không (như hen suyễn, tiểu đường, v.v.)? Nếu có, đó là gì: \_\_\_\_\_
- Có  Không Quý vị có sử dụng loại thuốc nào không (hàng ngày hoặc khi cần)? Đó là loại nào?: \_\_\_\_\_
- Có  Không Quý vị có sử dụng loại vitamin, thực phẩm chức năng bổ sung, thuốc "thay thế" hay phương pháp trị liệu nào không? Đó là loại nào? \_\_\_\_\_
- Có  Không Quý vị có bất kỳ phản ứng nào với thuốc hay lần chích ngừa nào không? Nếu có, xin giải thích rõ: \_\_\_\_\_
- Có  Không Quý vị có từng phẫu thuật hay phải lưu viện qua đêm không? Nếu có, xin giải thích rõ: \_\_\_\_\_

**Bệnh Sử Gia Đình**
 Không biết/Là trẻ được nhận nuôi

Đánh dấu vào bất kỳ vấn đề nào sau đây mà ông bà, cha mẹ hoặc anh chị em ruột của quý vị từng gặp phải, và xin cho biết đó là người nào:

Là ai?

Là ai?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bệnh về máu: _____     | <input type="checkbox"/> Nhồi máu cơ tim: _____   |
| <input type="checkbox"/> Trầm cảm: _____        | <input type="checkbox"/> Thừa cân: _____          |
| <input type="checkbox"/> Cao huyết áp: _____    | <input type="checkbox"/> Nghiện rượu: _____       |
| <input type="checkbox"/> Mỡ máu cao: _____      | <input type="checkbox"/> Lạm dụng thể chất: _____ |
| <input type="checkbox"/> Tụ sát: _____          | <input type="checkbox"/> Hen suyễn: _____         |
| <input type="checkbox"/> Lạm dụng trẻ em: _____ | <input type="checkbox"/> Co giật: _____           |
| <input type="checkbox"/> Dị ứng: _____          | <input type="checkbox"/> Bệnh lao: _____          |
| <input type="checkbox"/> Ung thư: _____         | <input type="checkbox"/> Lạm dụng ma túy: _____   |
| <input type="checkbox"/> Tiểu đường: _____      | <input type="checkbox"/> Lạm dụng tình dục: _____ |

**Chăm Sóc Sức Khỏe Dự Phòng**

Có Không

- Quý vị có hút thuốc, sử dụng các sản phẩm thuốc lá, thuốc lá nghiền hoặc sản phẩm không khói (vape) không?  
Nếu có, đó là loại nào và tần suất ra sao? \_\_\_\_\_
- Quý vị có thắt dây an toàn khi đi xe hơi không?
- Quý vị có luôn sử dụng nón bảo hiểm khi đi xe đạp, trượt ván, trượt tuyết, v.v.?
- Trong nhà quý vị có máy báo khói, bình cứu hỏa và máy phát hiện khí CO không?

**(kết thúc)**

**Chăm Sóc Sức Khỏe Dự Phòng (tiếp)**

Có Không

- Trong số những người sống cùng quý vị, có ai hút thuốc không? Đó là ai? \_\_\_\_\_
- Quý vị có thiết bị màn hình (máy tính, máy tính bảng, điện thoại, TV, v.v.) trong phòng ngủ không?
- Quý vị có từng được thăm khám với nha sĩ trong 6 tháng qua không?
- Quý vị có đánh răng hằng ngày không?
- Quý vị có từng tiếp xúc gần với người bị bệnh lao (tuberculosis, TB) hay có nguy cơ nhiễm TB cao (bất kỳ người nào từng sống ở một quốc gia đang phát triển, sống trong cơ sở từ thiện, người vô gia cư, người tiêm chích ma túy, người dương tính với HIV) hay không?

**Học Vấn**

Quý vị học ở đâu? \_\_\_\_\_ Hiện đang học lớp mấy? \_\_\_\_\_

Điểm trung bình của quý vị là bao nhiêu? \_\_\_\_\_

- Có  Không Quý vị có Kế Hoạch Giáo Dục Cá Nhân (Individualized Education Plan, IEP)/504 không?

**Xã Hội**

Có Không

- Trong số những người sống cùng quý vị, có ai hút thuốc không? Đó là ai? \_\_\_\_\_
- Trong vòng 12 tháng qua, quý vị có bị đụng chạm thân thể gây khó chịu nào không? Quan hệ tình dục cưỡng bức?
- Quý vị sống cùng những ai?
- Quý vị có từng thuộc diện chăm nuôi không?

**Đánh Giá Hệ Thống (Quý vị có bất kỳ vấn đề HIỆN TẠI nào mà quý vị muốn thảo luận hôm nay không?)**

- | Có                       | Không                    | Đó là gì?                         | Có                       | Không                    | Đó là gì?   |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | vấn đề thị lực: _____             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | vấn đề da liễu: _____                             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | vấn đề hít thở: _____             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | vấn đề thính lực: _____                           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | vấn đề đại tiện (đi tiêu): _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | đau đầu, ngất xỉu, chóng mặt, mất ý thức: _____   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | vấn đề bao tử: _____              |                          |                          | _____   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | vấn đề tiểu tiện (đi tiêu): _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | khó ngủ, trầm cảm, giận dữ hoặc căng thẳng: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | đau người: _____                  |                          |                          | _____   |

**Phần Dành Cho Nữ**

Lần đầu quý vị có kinh nguyệt là khi nào? \_\_\_\_\_ Ngày đầu tiên của chu kỳ kinh gần nhất của quý vị là hôm nào? \_\_\_\_\_

- Có  Không Chu kỳ không đều, đau đớn hoặc lo ngại về chu kỳ kinh? \_\_\_\_\_

**Phần Dành Cho Nam**

- Có  Không Quý vị có từng có khối u tinh hoàn không?

Lo ngại khác: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Phần dành cho tổ chức**

Reviewed by: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**(kết thúc)**