

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 về con em mình không? Nếu có, xin giải thích rõ: _____
- Có Không Con em 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 Con em quý vị có sử dụng loại thuốc nào không (hàng ngày hoặc khi cần)? Đó là loại nào? _____
- Có Không Con em 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 Con em quý vị có bất kỳ phản ứng nào với thuốc hay lần chích ngừa nào không? Nếu có, xin giải thích rõ: _____
- Có Không Con em 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 cha mẹ, anh chị em ruột hoặc con ruột khác 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"/> Tự 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: _____ |

(kết thúc)

Chăm Sóc Sức Khỏe Dự Phòng

Có Không

- Con em quý vị có sử dụng ghế ngồi xe hơi phù hợp với độ tuổi và/hoặc thắt dây an toàn không?
- Con em quý vị có luôn sử dụng nón bảo hiểm khi đi xe đạp, trượt ván, trượt tuyết, v.v. không?
- Trong nhà quý vị có máy báo khói, bình cứu hỏa và máy phát hiện khí CO không?
- Trong số những người sống cùng con em quý vị, có ai hút thuốc không?
- Con em quý vị có được xem màn hình giải trí (máy tính, TV, máy tính bảng) trên 2 giờ mỗi ngày không?
- Con em quý vị có từng được thăm khám với nha sĩ trong 6 tháng qua không?
- Con em quý vị có đánh răng hằng ngày không?
- Con em 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

Con em quý vị có tới trường không? _____ Con em quý vị đang học lớp mấy? _____

Điểm trung bình của con em quý vị là bao nhiêu? _____

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

Xã Hội

Có Không

- Trong vòng 12 tháng qua, con em quý vị có từng tiếp xúc với một tình huống có sử dụng hành vi đe dọa, xô đẩy, tóm, đánh, đá, đập vỡ đồ đạc hoặc có người bị thương không?
- Trong vòng 12 tháng qua, con em quý vị có từng bị động chạm thân thể gây khó chịu nào không? Quan hệ tình dục cưỡng bức?
- Con em quý vị sống cùng những ai?
- Trẻ có từng thuộc diện chăm nuôi không?

Đánh Giá Hệ Thống (Con em 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 tiểu): _____ | <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

Có Không Bất thường, đau đớn do kinh nguyệt hoặc lo ngại về chu kỳ của con em quý vị?

Phần Dành Cho Nam

Có Không Vấn đề về tinh hoàn hoặc dương vật của con em quý vị?

Lo ngại khác: _____

Phần dành cho tổ chức

Reviewed by: _____

Date: _____

(kết thúc)