



**International School
SAIGON PEARL**
Elementary & Early Years

PASSPORT
PHOTO

MEDICAL EXAMINATION FORM

PHIẾU KHÁM SỨC KHOẺ

This form is required for all applications to International School Saigon Pearl and must be signed by a parent before a student attends classes or participates in any activities.

Đơn này là một phần của thủ tục nhập học vào Trường Quốc Tế Saigon Pearl và cần được phụ huynh ký tên trước khi học sinh vào học hoặc tham gia bất kỳ hoạt động nào trong nhà trường.

This form must be completed no earlier than six months prior to the start of school. Please see the accompanying information sheet for a list of recommended clinics in Ho Chi Minh City.

Đơn này cần được hoàn tất trong vòng 6 tháng trước khi nhập học. Xin vui lòng xem thêm thông tin về các cơ sở y tế ở TP. HCM được giới thiệu trong phiếu thông tin.

ISSP reserves the right to withhold a student from classes until this form is completed in full and returned to the admissions office.

Nhà trường có quyền tạm dừng việc học của học sinh cho đến khi đơn này được hoàn tất và gửi về phòng tuyển sinh.

Student's name:

Họ và tên

Date of birth: (day/month/year only)

Ngày sinh

(ngày/tháng/năm)

Sex:

Giới tính

☐ Male ☐ Female

Nam

Nữ

PART 1: TO BE FILLED OUT AND SIGNED BY PARENTS

PHẦN 1: HOÀN TẤT VÀ KÍ BỞI PHỤ HUYNH

PARENT/GUARDIAN CONTACT

THÔNG TIN LIÊN HỆ

PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ

Name: Phone:

Tên

Điện thoại

Relationship: Email:

Quan hệ với học sinh

Địa chỉ Email

Name: Phone:

Tên

Điện thoại

Relationship: Email:

Quan hệ với học sinh

Địa chỉ Email

Local doctor or health care provider in HCMC: Phone:

Bác sĩ hoặc cơ sở y tế

Điện thoại

EMERGENCY CONTACT

LIÊN HỆ KHẨN CẤP

Name (not parent):

Tên (không phải cha mẹ)

Relationship: Phone:

Quan hệ với học sinh

Điện thoại

Medical Insurance: ☐ Yes ☐ No

Bảo hiểm Y Tế

Có

Không

Name:

Nơi đăng ký khám chữa bệnh

Phone: Insurance number:

Điện thoại

Số thẻ bảo hiểm

If the student requires medication to be given during school hours please complete a *Request to Administer Medication Form*. All medications along with the form must be submitted to the school clinic. Medications need to be in the original pharmacy/physician containers and marked with the student's name, name of drug, dosage, schedule and instructions. All information must be in English. Students are not permitted to carry any medication in their personal belongings while at school.

Nếu học sinh cần dùng thuốc trong giờ học xin vui lòng hoàn tất **Phiếu yêu cầu cho uống thuốc**. Tất cả thuốc và đơn phải được gửi đến phòng y tế nhà trường. Thuốc cần phải được đựng trong bao bì gốc và đánh dấu với tên của học sinh, tên thuốc, liều lượng, thời gian và hướng dẫn. Tất cả các thông tin phải bằng tiếng Anh. Học sinh không được phép mang bất kỳ loại thuốc nào trong đồ đạc cá nhân khi ở trường.

If the student has significant allergies requiring emergency medications or if the student has a medical diagnosis requiring the nurse's attention, please contact the school to set up an appointment to meet with the School Clinic prior to the student's commencement at ISSP.

Nếu học sinh bị dị ứng nghiêm trọng cần thuốc khẩn cấp hoặc nếu học sinh có chẩn đoán y khoa cần sự quan tâm của y tá, xin vui lòng liên hệ với nhà trường để gặp Phòng Y Tế trước khi học sinh nhập học.

Have you handed in the photocopy of your child's immunisation records? ☐ Yes ☐ No

Phụ huynh đã nộp bản sao phiếu chủng ngừa của học sinh

Có Không

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

Nếu không có phiếu chủng ngừa, xin vui lòng cung cấp kết quả thử máu: Viêm gan A, B, Sởi, Quai bị, Rubella

Permission to administer Paracetamol: ☐ Yes ☐ No

Cho phép uống Paracetamol

Có Không

Emergency Treatment Authorization: In the event of an emergency, when immediate observation or treatment is deemed necessary in the judgment of the school clinic staff, I authorize and direct the school authorities to send my child to the medical facility most readily available. If an ambulance is required this will be at the parent's expense.

Cho Phép Xử Trí Cấp Cứu: Trong trường hợp khẩn cấp khi nhân viên y tế của trường đánh giá tình trạng học sinh cần theo dõi hoặc điều trị ngay lập tức, tôi cho phép và ủy quyền cho người có trách nhiệm của trường đưa con tôi đến cơ sở y tế thuận tiện nhất. Nếu cần phải dùng xe cứu thương thì cha mẹ học sinh sẽ thanh toán chi phí.

Parent / Guardian Signature.

Chữ ký phụ huynh / người giám hộ

Date.

Ngày

IT IS THE RESPONSIBILITY OF THE PARENT/GUARDIAN TO NOTIFY THE SCHOOL IN WRITING OF ANY CHANGES TO THE INFORMATION GIVEN IN THIS FORM e.g. changes of address, telephone number, physical condition or medications.

PHỤ HUYNH / NGƯỜI GIÁM HỘ CÓ TRÁCH NHIỆM THÔNG BÁO CHO NHÀ TRƯỜNG BẰNG VĂN BẢN BẤT CỨ THAY ĐỔI THÔNG TIN NÀO ĐÃ CUNG CẤP TRONG MẪU ĐƠN NÀY, ví dụ: thay đổi địa chỉ, số điện thoại, tình trạng thể chất hoặc thuốc men.

SCHOOL CLINIC PHÒNG Y TẾ

Email: nurse@issp.edu.vn Phone: (84-8) 2222 7788/99 Ext. 118

PART 2: TO BE FILLED OUT BY A PHYSICIAN/DOCTOR**PHẦN 2: HOÀN TẤT BỞI BÁC SĨ**

Student's name:

Họ và tên

	Yes Có	No Không
Asthma Suyễn		
Chronic/recurrent illness Bệnh mãn tính/tái phát		
Hospitalizations/surgery Nhập viện/phẫu thuật		
Other (ADHD, Autism, etc.) Khác (Rối loạn tăng động, Tự kỷ...)		
Injury treated by physician Chấn thương đã được điều trị bởi bác sĩ		
Congenital abnormality Dị tật bẩm sinh		
Heat exhaustion/stroke Say nắng/đột quỵ		
Dizziness/fainting/headaches Chóng mặt/ngất xỉu/đau đầu		
Concussion Chấn động		
Eyes related conditions/wears glasses/contacts Các vấn đề về mắt/đeo kính/kính sát trùng		
Dental caps/bridges/braces/plates/decay Răng sứ/cầu răng/khung/răng giả/sâu răng		
Cardiac abnormalities/ heart/murmurs Các bất thường về tim/lòng ngực/âm thổi		
Problems with bladder/kidneys Vấn đề về bàng quang/thận		
Skin conditions/Eczema Tình trạng da/Bệnh chàm		
Skeletal (fractures, dislocations/sprains/scoliosis) Xương khớp (gãy/trật khớp/bong gân/vẹo cột sống)		

ALLERGIES DỊ ỨNG

Height: Weight:

Chiều cao

Cân nặng

B/P:

Heart Rate:

Huyết áp

Nhịp tim

Current Medications Thuốc hiện tại	Dosage Liều dùng	Purpose Mục đích

	Normal Bình thường	Abnormal Bất thường
Head Đầu		
ENT Tai Mũi Họng		
Chest Ngực		
Abdomen Bụng		

Summary: If you answered Yes to any of the above, please provide details:

Tóm tắt: Nếu trả lời Có với bất kì mục nào ở trên, xin vui lòng cho biết thêm chi tiết:

.....
.....

PE Participation Approved?

☐ Yes ☐ No

Đồng ý tham gia thể dục?

Có Không

Competitive Sports Participation Approved?

☐ Yes ☐ No

Chấp thuận cho tham gia thi đấu thể thao?

Có Không

IMMUNISATION HISTORY

PHIẾU CHÍCH NGỪA

Photocopies of records must be submitted or parents/physician to transcribe each vaccine below
Bản sao của phiếu chích ngừa cần được nộp hoặc cha mẹ/thầy thuốc ghi lại các thuốc đã tiêm ngừa

School required <i>Nhà trường yêu cầu</i>	Date <i>Ngày</i>	Date <i>Ngày</i>	Date <i>Ngày</i>	Date <i>Ngày</i>	Date <i>Ngày</i>	Remarks <i>Lưu ý</i>
DPT (Diphtheria, Pertussis, Tetanus) <i>Bạch hầu, Ho gà, Uốn ván</i>						
Polio <i>Bại liệt</i>						
Measles <i>Sởi</i>						
Mumps <i>Quai bị</i>						
Rubella <i>Sởi Đức</i>						
Hepatitis A <i>Viêm gan A</i>						
Hepatitis B <i>Viêm gan B</i>						
Haemophilus Influenza (HIB) <i>Viêm não B</i>						
Chicken Pox (Varicella) <i>Thủy đậu</i>						
Recommended for Vietnam <i>Được đề nghị tại Việt Nam</i>	Date <i>Ngày</i>	Date <i>Ngày</i>	Date <i>Ngày</i>	Date <i>Ngày</i>	Date <i>Ngày</i>	Remarks <i>Lưu ý</i>
Rabies <i>Bệnh dại</i>						
Typhoid <i>Thương hàn</i>						
HPV <i>Ngừa ung thư cổ tử cung</i>						
Japanese Encephalitis <i>Viêm não Nhật Bản</i>						
Meningococcal <i>Viêm màng não</i>						
Pneumococcal <i>Bệnh phổi cầu khuẩn</i>						

Physician Signature/Stamp: Date

Dấu/Chữ ký của bác sĩ

Ngày

☐ **Immunisation current for age, as certified by a physician.**
Tiêm chủng hiện tại theo tuổi, được bác sĩ chứng nhận.