

Dị ứng hoặc các phản ứng bất lợi đối với thuốc

Có bất cứ thuốc nào mà em dùng và có vấn đề không?

Thuốc	Lý do không còn dùng thuốc nữa

Dị ứng thức ăn hoặc các dị ứng khác: (bao gồm việc bị ong chích)

Thức ăn hoặc chất liệu	Phản Ứng và Điều Trị

Tiểu sử y khoa:

Trọng lượng lúc mới sanh: _____ Em có bị sanh sớm không? _____ Nếu có, thì sớm bao nhiêu tuần? _____

Mẹ của em có bị bất cứ vấn đề gì khi mang thai hoặc khi sanh em không?

Em có phải ở lại bệnh viện vào lúc mới sanh ra không? _____ Nếu có, thì bao nhiêu ngày? _____ hoặc bao nhiêu tuần? _____

Em đã bị vấn đề gì vào lúc sanh?

Xin vui lòng liệt kê bất cứ những cơn bệnh nặng nào mà em đã từng bị và bất cứ thương tích nào mà em đã từng có kể cả việc bị bất tỉnh.

Xin vui lòng liệt kê những lần phải nằm bệnh viện và những lần giải phẫu mà em đã từng có và bao gồm ngày cùng với địa điểm.

Thông Tin Nơi Trợ Giúp:

Trường học: _____ Cấp Lớp ở Trường: _____

Em có một Kế Hoạch Giáo Dục Cá Nhân (IEP) không? _____ Em có kế hoạch 504 không? _____

Tên người liên lạc ở trường _____ Điện thoại: _____

Em có dùng dịch vụ cơ quan Phục Hồi Hướng Nghiệp không? _____ Người liên lạc ở VR _____

Hồ sơ y khoa mới đây:

Liệt kê tên, địa chỉ, và số điện thoại của bất cứ bác sĩ nào hoặc người cung cấp dịch vụ y tế khác có các hồ sơ y khoa mới nhất về tình trạng sức khỏe của em.

Tên	Chuyên Khoa	Địa Chỉ	Số Điện Thoại

Các nơi giữ thông tin khác:

Liệt kê tên, địa chỉ, & số điện thoại của bất cứ người nào khác đã từng làm việc với em có liên quan đến tình trạng sức khỏe của em trong vòng hai năm vừa qua (như là chuyên viên vật lý trị liệu, dược sĩ, cơ sở cung cấp vật liệu y khoa, cán sự phụ trách hồ sơ, y tá của trường, v.v).

Tên	Nghề Nghiệp	Địa Chỉ	Số Điện Thoại

Ngày chủng ngừa của em: (Hoặc kèm theo một bản sao hồ sơ chủng ngừa của em)

DPT/DT	1.	2.	3.	4.	5.
TD	1.	2.	3.	4.	5.
OPV	1.	2.	3.	4.	5.
MMR	1.	2.			
HIB	1.	2.	3.	4.	
Hep B	1.	2.	3.	4.	
Thủy Đậu	1.	2.			

Tiểu Sử Sức Khỏe Gia Đình: Có ai trong họ hàng của em bị những tình trạng sau đây:

Tình Trạng:	Mối Quan Hệ
Thiếu Máu	
Ung Thư Vú	
Ung Thư (Khác)	
Tiểu Đường	
Nhồi Máu Cơ Tim	
Cao Huyết Áp	
Cao Cholesterol	
Co Giật	
Thiếu Máu Do Tế Bào Liềm	
Đột quy (Tai biến mạch máu não)	
Có Vấn Đề Về Tuyến Giáp	
Lao	

Tình Trạng:	Mối Quan Hệ
ADD/ADHD	
Nghiện Rượu	
Trầm Cảm	
Nghiện Ma Tuý	
Bị Khuyết Tật Trong Việc Học	
Trầm Cảm Lương Cực	
Tự Sát	
Tâm Thần Phân Liệt	
Các Tình Trạng Khác?	

Nhận Xét :

Thông Tin Về Bảo Hiểm Đài Thọ:

Bảo hiểm	Số chính sách	Số điện thoại

Em có được lợi tức an sinh xã hội (SSI) không?	CÓ	KHÔNG
Em có được trợ cấp y tế qua chương trình SSI không?	CÓ	KHÔNG

Người Liên Lạc Trong Trường Hợp Khẩn Cấp:

Tên	Mối quan hệ	Số điện thoại
		(Số) (Nhà)
		(Số) (Nhà)

Các Sinh Hoạt Hằng Ngày

	CÓ	KHÔNG
Em có bị khiếm khuyết thị lực không?		
Em mang mắt kính hay kính áp nhãn?		
Em có bị điếc hoặc lãng tai không?		
Em có dùng máy trợ thính không?		
Em có khó khăn gì về tiếng nói không?		
Em có dùng thủ ngữ không?		
Tiếng Anh có phải là ngôn ngữ em thích dùng hơn không?		
Nếu không, thì em nói ngôn ngữ nào?		
Em có đi được không?		
Em có dùng gậy đôi không?		
Em có dùng xe lăn không?		

Em dùng các phương tiện trợ giúp nào khác để giúp em hoàn tất các sinh hoạt hằng ngày?

Có các hạn chế nào khác trong các sinh hoạt hằng ngày của em không? (Em có lái xe được không? Em có cần một máy điện toán để truyền đạt không? v.v)

Bác sĩ thuộc khoa người lớn của em sẽ hỏi riêng em về sinh hoạt tình dục của em, về việc sử dụng ma túy, rượu và thuốc lá.