



### 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.

---



---



---



---



---

Tiểu sử sức khỏe cá nhân: EM có bao giờ bị những bệnh sau đây:

Tình Trạng:	Có	Tuổi
Thiếu máu		
Hen suyễn		
Truyền máu		
Ung thư		
Táo bón		
Tiểu đường		
Nhiễm trùng lỗ tai		
Trở ngại về ăn uống		
Bệnh tim		
Viêm gan siêu vi		
Co giật (Động kinh)		
Lao		
Chứng thiếu tập trung		

Condition:	Có	Tuổi
Trầm cảm		
Muốn tự sát		
Rối loạn hành vi		
Bồn chồn		
Bị khuyết tật trong việc học		
Chậm phát triển		
Rối loạn về ăn uống		
Các Tình Trạng Khác Không Có Liệt Kê Ở Trên:		

Nếu câu trả lời là có cho bất cứ tình trạng nào ở trên xin vui lòng dùng khoảng trống này để ghi thêm các nhận xét về các tình trạng này. **Đối với những người bị co giật**, hãy miêu tả các cơn co giật và bao gồm mức độ thường xuyên của các cơn co giật đó, chúng kéo dài bao lâu, và lần cuối cùng mà em bị là khi nào?

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Đã có thử nghiệm gì trước đây cho các tình trạng này, kết quả ra sao, và những thử nghiệm đã được thực hiện ở đâu? (MRI? CT? EEG? EKG? Thử Nghiệm Di Truyền? Thử Nghiệm Máu? Thử Nghiệm Tâm Lý?)

---



---



---



---



---

Các phương pháp điều trị nào đã được dùng cho các tình trạng này và phương pháp nào thành công nhất?

---



---



---



---



---

Các tình trạng (xin vui lòng khoanh tròn một câu trả lời): (vẫn như cũ) (có khá hơn) (bị nặng hơn)

**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	
Cơ 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 Túy	
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.