

Аллергические или неблагоприятные реакции на лекарственные препараты

Вызывали ли у вас проблемы какие-либо лекарства, которые вы принимали?

Лекарство	Причины прекращения приема лекарства

Пищевая аллергия или другие аллергические реакции: (в том числе, на пчелиные укусы)

Пищевой продукт или вещество	Реакция и лечение

История болезни:

Вес при рождении: _____ Родились ли вы преждевременно? _____ Если это так, на сколько недель раньше срока? _____

Испытывала ли ваша мать какие-либо проблемы во время беременности или родов, когда рожала вас?

Были ли вы госпитализированы при рождении? _____ Если да, сколько дней? _____ или недель? _____

Какие проблемы со здоровьем возникли у вас при рождении?

Пожалуйста, укажите тяжелые болезни или травмы, которые вы перенесли, включая потерю сознания.

Пожалуйста, укажите госпитализации и перенесенные вами операции, включая даты и лечебные учреждения.

Информация:

Школа: _____ В каком классе: _____

Есть ли у вас индивидуальный план обучения (Individual Education Plan (IEP))? _____

Есть ли у вас план 504? _____

Имя контактного лица в школе _____ Телефон: _____

Пользуетесь ли вы услугами по профессиональному обучению для лиц, имеющих инвалидность (Vocational Rehabilitation services)? _____ Контактное лицо в VR _____

Последние медицинские документы:

Укажите имя, адрес и телефон врача или другого поставщика медицинских услуг, у которого могут быть наиболее недавние медицинские документы, связанные с вашими заболеваниями.

Имя	Специальность	Адрес	Телефон

Другая информация:

Укажите имя, адрес и телефон другого лица, которое предоставляло вам услуги в связи с вашим заболеванием в последние два года (например, физиотерапевт, фармацевт, учреждение, поставляющее медицинские принадлежности, работник, ведущий ваше дело, школьная медсестра и др.).

Имя	Какие услуги предоставлялись	Адрес	Телефон

Даты прививок: (или приложите копию справки о прививках)

Дифтерит, коклюш, столбняк (DPT/DT)	1.	2.	3.	4.	5.
Столбняк, дифтерит (TD)	1.	2.	3.	4.	5.
Пероральная вакцина против полиомиелита (OPV)	1.	2.	3.	4.	5.
Паротит, корь, краснуха (MMR)	1.	2.			
ХИБ-инфекция (HIB)	1.	2.	3.	4.	
Гепатит В (Hep B)	1.	2.	3.	4.	
Ветряная оспа (Varicella)	1.	2.			

Семейная история болезни: болел ли кто-либо из ваших кровных родственников следующими заболеваниями:

Заболевание:	Кем приходится вам
Анемия	
Рак молочной железы	
Рак (другой вид)	
Диабет	
Инфаркт	
Повышенное артериальное давление	
Повышенный холестерин	
Припадки	
Серповидноклеточная анемия	
Инфаркт	
Нарушения функции щитовидной железы	
Туберкулез	

Заболевание:	Кем приходится вам
СДВ/СДВГ	
Алкоголизм	
Депрессия	
Наркомания	
Нарушение способности к обучению	
Маниакально-депрессивный психоз	
Самоубийство	
Шизофрения	
Другие заболевания?	

Замечания:

Информация о страховке:

Страховка	Номер полиса	Телефон

Получаете ли вы пособие социального обеспечения (SSI)?	ДА	НЕТ
Получаете ли вы медицинское пособие по программе SSI?	ДА	НЕТ

Лица для контакта в чрезвычайной ситуации:

Имя	Кем приходится вам	Номера телефонов	
		(раб.)	(дом.)
		(раб.)	(дом.)
		(раб.)	(дом.)

Ежедневные действия

	ДА	НЕТ
У вас слабое зрение?		
Носите ли вы очки или контактные линзы?		
Являетесь ли вы глухим или слабослышащим?		
Пользуетесь ли вы слуховым аппаратом?		
Есть ли у вас какие-либо нарушения зрения?		
Пользуетесь ли вы языком жестов?		
Является ли английский вашим основным языком? Если нет, на каком языке вы говорите?		
Можете ли вы ходить?		
Пользуетесь ли вы ходунком?		
Пользуетесь ли вы креслом-коляской?		
Носите ли вы обычно с собой медицинскую информацию для чрезвычайной ситуации?		

Какими другими вспомогательными устройствами вы пользуетесь для выполнения ежедневных действий?

Мешают ли вам какие-либо ограничения выполнять ежедневные действия? (Можете ли вы водить автомобиль? Нуждаетесь ли вы в компьютере для общения? И т. д.)

Ваш врач, предоставляющий обслуживание взрослым, задаст вам вопросы наедине относительно вашей половой жизни, употребления наркотиков, алкоголя и сигарет.