



THÔNG TIN ĐƯA ĐÓN

PICK UP FORM

Ảnh 3x4

Tên / Name:

Quan hệ / Relationship:

☐ Mẹ / Mother

☐ Cha / Father

☐ Giám hộ / Guardian

☐ Ông bà / Grandparent

☐ Khác / Others:

Điện thoại / Cellphone number:

Ảnh 3x4

Tên / Name:

Quan hệ / Relationship:

☐ Mẹ / Mother

☐ Cha / Father

☐ Giám hộ / Guardian

☐ Ông bà / Grandparent

☐ Khác / Others:

Điện thoại / Cellphone number:

Ảnh 3x4

Tên / Name:

Quan hệ / Relationship:

☐ Mẹ / Mother

☐ Cha / Father

☐ Giám hộ / Guardian

☐ Ông bà / Grandparent

☐ Khác / Others:

Điện thoại / Cellphone number:

Chữ ký của phụ huynh
Parents' Signature





THÔNG TIN SỨC KHỎE

MEDICAL INFORMATION FORM

THÔNG TIN CỦA TRẺ / CHILD'S INFORMATION

Họ tên trẻ / Child's full name:

Tên thường gọi / Preferred name:

Ngày sinh / DOB (DD/MM/YYYY):

/ /

☐ Nam / Male

☐ Nữ / Female

Chiều cao / Height: cm

Cân nặng / Weight: kg

Nhóm máu / Blood type:

I THÔNG TIN SỨC KHỎE / MEDICAL INFORMATION

Con của bạn có thường gặp các vấn đề về sức khỏe như dưới đây không? Vui lòng đánh dấu ☒ vào các thông tin liên quan. Nếu trẻ có vấn đề về sức khỏe, bạn vui lòng cung cấp thông tin hướng dẫn chăm sóc y tế cá nhân do bác sĩ tư vấn dành riêng cho trẻ.

Does your child regularly experience any of the following? Please tick ☒ and provide details in the spaces below. If yes, an individual action/medical care plan by an authorized medical specialist should be stated.

VẤN ĐỀ ISSUE	Tác nhân? Mức độ (Nhẹ, Nặng, Sốc phản vệ)? Triệu chứng? Hướng dẫn can thiệp của bác sĩ?			
	Tác nhân Cause	Mức độ Level	Triệu chứng Symptoms	Hướng dẫn can thiệp Action plan
DỊ ỨNG BIẾT TRƯỚC KNOWN ALLERGIES ☐ Không / No ☐ Có / Yes				
BẤT DUNG NẠP THỰC PHẨM FOOD INTOLERANCE ☐ Không / No ☐ Có / Yes				
HEN SUYỄN ASTHMA ☐ Không / No ☐ Có / Yes				
CO GIẬT SEIZURES ☐ Không / No ☐ Có / Yes	Ngày động kinh gần nhất Date of last seizure		Triệu chứng Symptoms	Hướng dẫn can thiệp Action plan
SỐT CAO HIGH FEVER ☐ Không / No ☐ Có / Yes	Hướng dẫn can thiệp / Action plan:			

THUỐC ĐIỀU TRỊ MEDICATION	Với loại bệnh nào? For what conditions?	
Bé có sử dụng thuốc điều trị không? Does your child take medication on a regular basis?		
☐ Không / No ☐ Có / Yes		

TÌNH TRẠNG MIỄN DỊCH IMMUNIZATION	☐ Ho gà / Pertussis	☐ Viêm gan B / Hepatitis B	☐ Tiêu chảy / Rotavirus
	☐ Thủy đậu / Varicella	☐ Sởi, quai bị & rubella / Measles, mumps & rubella	☐ Viêm não loại C / Meningococcal C
Đánh dấu ✓ nếu có Tick ✓ if yes	☐ Phế cầu khuẩn / Pneumococcal	☐ Bạch hầu, uốn ván / Diphtheria, tetanus	☐ Bại liệt / Polio
	☐ Nhiễm khuẩn Haemophilus influenza / Haemophilus influenzae type B		

Nếu trẻ chưa được tiêm chủng đầy đủ, quý phụ huynh vui lòng liên hệ chuyên viên y tế của trường để được tư vấn thêm.

CHĂM SÓC ĐẶC BIỆT, TRỊ LIỆU SPECIAL CARE, THERAPY	☐ Vận động / Motor	Bắt đầu khi? / Started when?	Lý do / Reasons
	☐ Ngôn ngữ / Speech		
☐ Không / No ☐ Có / Yes	☐ Thính giác / Hearing		
	☐ Thị giác / Visual		
	☐ Khác / Others:		

CHẾ ĐỘ ĂN KIÈNG DIETARY RESTRICTIONS	Ăn kiêng đặc biệt Special dietary restrictions	Theo chỉ định y tế Medical requirements
	☐ Không / No ☐ Có / Yes	

II THÔNG TIN SỨC KHỎE KHÁC / OTHER RELEVANT HEALTH INFORMATION

(Ví dụ: sinh non / E.g: premature birth)

III THẮC MẮC VỀ VIỆC CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỦA TRẺ, NẾU CÓ CONCERNS ABOUT YOUR CHILD'S HEALTHCARE

Ngày cung cấp thông tin / Date:	Họ tên, chữ ký của người điền thông tin / Info provider's name and signature:
/ /	

Cảm ơn bạn đã cung cấp thông tin.

Những thông tin này sẽ được bảo mật và chỉ được sử dụng để phục vụ cho việc chăm sóc sức khỏe của con bạn.