**Enter School District Name here – MẪU KHÁM SỨC KHỎE CHƠI THỂ THAO**

|  |
| --- |
| **PHẦN 1 (CHA/MẸ HAY NGƯỜI GIÁM HỘ ĐIỀN VÀO)** |
| HỌ | TÊN | LỚP |
| NGÀY SANH | MÔN THỂ THAO MÙA THU | MÔN THỂ THAO MÙA ĐÔNG | MÔN THỂ THAO MÙA XUÂN | **MÃ SỐ HỌC SINH** |
| **TIỂU SỬ SỨC KHỎE (Phải Điền Đầy Đủ Trước Khi Khám Sức Khỏe)** |
|  | **Có** | **Không** | **Học sinh này có từng bị bất cứ:** |  | **Có** | **Không** | **Học sinh này có:** |
| 1. | 🞏 | 🞏 | Bệnh mãn tính hoặc tái phát? | 16. | 🞏 | 🞏 | Đeo mắt kiếng hoặc kiếng sát tròng? |
| 2. | 🞏 | 🞏 | Bệnh kéo dài hơn 1 tuần? | 17. | 🞏 | 🞏 | Dùng cầu răng, nẹp răng hoặc hàm răng giả? |
| 3.4. | 🞏🞏 | 🞏🞏 | Nhập viện hoặc phẫu thuật?Bệnh thần kinh hay tâm thần? | 18. | 🞏 | 🞏 | Dùng bất cứ duợc phẩm nào? (Liệt kê bên dưới): |
| 5. | 🞏 | 🞏 | Có bộ phận bị mất hay bị hư (mắt, thận, gan, tinh hoàn) hoặc các tuyến? |  | **Có**  | **Không** | **Có từng bị bất cứ:** |
| 6. | 🞏 | 🞏 | Dị ứng (thuốc, côn trùng cắn, thực phẩm)? | 19. | 🞏 | 🞏 | Thương tích đòi hỏi phải chăm sóc hay chữa trị y tế? |
| 7. | 🞏 | 🞏 | Vấn đề với tim hay huyết áp? | 20. | 🞏 | 🞏 | Đau hoặc thương tích ở cổ hay lưng? |
| 8. | 🞏 | 🞏 | Đau thắt ngực hoặc thở hổn hển nghiêm trọng khi tập thể dục? | 21.22. | 🞏🞏 | 🞏🞏 | Đau hoặc thương tích ở đầu gối?Đau hoặc thương tích ở vai hay cùi chỏ? |
| 9. | 🞏 | 🞏 | Chóng mặt hoặc ngất xỉu khi tập thể dục? | 23. | 🞏 | 🞏 | Đau hoặc thương tích ở cổ chân? |
| 10. | 🞏 | 🞏 | Ngất xỉu, nhức đầu hoặc co giật nghiêm trọng? | 24. | 🞏 | 🞏 | Đau hoặc thương tích khác ở khớp? |
| 11. | 🞏 | 🞏 | Chấn động hoặc bất tỉnh? | 25. | 🞏 | 🞏 | Gãy xương? |
| 12. | 🞏 | 🞏 | Kiệt sức vì nóng, say nắng, hoặc vấn đề nào khác với khí hậu nóng nực? | 26. | **Có**🞏 | **Không**🞏 | **Bệnh sử khác:**Khuyết tật bẩm sinh (đã sửa lại hay chưa)? |
| 13. | 🞏 | 🞏 | Tim đập nhanh, nhịp tim bất thường, không đều, hoặc tiếng rì rào của tim? | 27. | 🞏 | 🞏 | Cha mẹ hay ông bà qua đời lúc dưới 40 tuổi vì lý do y tế hoặc bệnh trạng? |
| 14.15. | 🞏🞏 | 🞏🞏 | Động kinh?Vọp bẻ nghiêm trọng hoặc lặp đi lặp lại? | 28. | 🞏 | 🞏 | Cha mẹ hay ông bà đòi hỏi phải chữa trị bệnh tim lúc dưới 50 tuổi? |
| *Ngày chích ngừa bệnh uốn ván (co cứng hàm) biết được gần đây nhất:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ngày khám sức khỏe toàn diện gần đây nhất: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 29. | 🞏 | 🞏 | Từng được bác sĩ khám khẩn cấp hoặc gấp rút trong 12 tháng vừa qua? |
| *Giải thích tất cả các câu trả lời “Yes” (Có) vào nơi đây cùng với mọi thông tin hay trường hợp nào khác cần phải khai trình trước khi được khám (dùng mặt sau của mẫu nếu cần thiết):* |
| **GIẤY PHÉP của CHA MẸ/NGƯỜI GIÁM HỘ:** Tôi cho phép bác sĩ hoặc phụ tá bác sĩ hoặc y tá hành nghề được cho phép và giám sát bởi bác sĩ thực hiện cuộc Khám Sức Khỏe Chơi Thể Thao cho học sinh này. Thông tin trình bày bên trên đầy đủ và chính xác và tôi biết là không có lý do nào để học sinh này không thể tham gia đầy đủ và an toàn vào các môn thể thao theo như liệt kê. Tôi hiểu rằng đây là lần khám thăm dò duy nhất và nếu không có bất cứ bệnh trạng hay mối quan tâm nào liệt kê bên dưới thì không có nghĩa là học sinh không có bệnh trạng nguy hiểm thực sự hay tiềm ẩn nào có thể làm cho em bị thương tích hoặc tử vong trong lúc tham gia chơi thể thao. Mọi thắc mắc hay mối quan tâm của tôi về tình trạng sức khỏe hoặc an toàn của học sinh này sẽ được chuyển cho bác sĩ riêng hoặc nhóm chăm sóc sức khỏe của chúng tôi để duyệt xét và lượng định.  |
| HỌ TÊN CỦA CHA MẸ HAY NGƯỜI GIÁM HỘ (VIẾT CHỮ IN) | CHỮ KÝ CỦA CHA MẸ HAY NGƯỜI GIÁM HỘ |
| ĐỊA CHỈ | ĐIỆN THOẠI NƠI LÀM VIỆC | ĐIỆN THOẠI NHÀ | NGÀY |
| HỌ TÊN CỦA BÁC SĨ CHĂM SÓC CHÁNH | ĐIỆN THOẠI VĂN PHÒNG |  |

|  |
| --- |
| **PART 2 (TO BE COMPLETED BY THE EXAMINING** **PHYSICIAN/PHYSICIAN'S ASSISTANT/NURSE PRACTITIONER)** |
|  | NORMAL | ABNORMAL (Describe) |  |
| Eyes/Ears/Nose/Throat |  |  | Height: |
| Skin |  |  | Weight: |
| Heart |  |  | Pulse: After Ex: |
| Abdomen |  |  | BP: |
| Genital/hernia (males) |  |  | ***Recommendation:***🞏 Unlimited participation🞏 Limited participation/specific sports, events or activities🞏 Clearance withheld pending  further testing/evaluation🞏 No athletic participation***One of the above MUST be checked.*** |
| Musculoskeletal: |  |  |
|  a. Neck/Spine/Shoulders/Back |  |  |
|  b. Arms/Hands/Fingers |  |  |
|  c. Hips/Thighs/Knees/Legs |  |  |
|  d. Feet/Ankles |  |  |
| Neurologic Screening Exam (NSE) |  |  |
| **Comments:** |
| PRINT NAME OF PHYSICIAN (M.D., D.O., P.A., or N.P. only) | PHYSICIAN'S SIGNATURE | DATE |