

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ



MALDIVES POLICE SERVICE

Male', Republic of Maldives

**Ministry of Youth Sports and
Community Empowerment**

MEDICAL ASSESMENT FORM
"LAAMASEELU ZUVAANA CAMP"

މަދަރުސާ ފޯމުލެޕް ފޯމް
"ލާމާސީލު ޅުވާނާ ކެމްޕް"

PERSONAL DETAILS: ފަރާތުގެ ފަޞްލަތު

1. Full name (in BLOCK LETTERS) ފަންނަންނަ ނަންމު:		2. Present Address: މިހާރުގެ ރިހާދު:		
3. Permanent Address: ދިރިއުޅޭ ރިހާދު:				
4. Date of Birth މުވަދަތުގެ ދުވަސް:	5. Place of Birth މުވަދަތުގެ ރަށުގެ ނަންމު:	6. N-I-D / Passport No: ނ.ޖ.ނ. އަދި ޕާސުޕޯޓް ނަންބަރު:		
7. Sex މީހުންނަށް: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female މިހާރު: <input type="checkbox"/> ފިރިހެން <input type="checkbox"/> އުފަންފަން:	8. Mobile No: މުވަދަތުގެ ނަންބަރު:	9. Home No: މުވަދަތުގެ ނަންބަރު:		

PARENT / GARDIAN DETAILS: ބަޔާންކުރާ ފަރާތުގެ ފަޞްލަތު

Full Name:	Relationship:
..... ފަންނަންނަ ނަންމު: މުވަދަތުގެ ފަރާތުގެ ނަންމު:
Permanent Address:	Present Address:
..... ދިރިއުޅޭ ރިހާދު: މިހާރުގެ ރިހާދު:
National ID Number:	Mobile Number:
..... ނ.ޖ.ނ. އަދި ޕާސުޕޯޓް ނަންބަރު: މުވަދަތުގެ ނަންބަރު:

MEDICAL HISTORY

Yes	No		
Any Serious illness or major surgical procedure		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... މުވަދަތުގެ ބޮޑު ބަލި ނުވަތަ ބޮޑު ޖަރުޖެރީ ފެއްޓެވި ބަލިތަކުގެ ތެރެއިން ތިޔަބަލިވި ބަލިތަކުގެ ނަންމު:			
Chronic Diseases (e.g.: HTN, DM etc.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... ދިރިއުޅޭ ވަގުތުގެ ތެރޭގައި ބަލިވި ބަލިތަކުގެ ނަންމު:			
Tuberculosis, Leprosy or Filaria		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... ޖ.ޖ.ޖ. ބަލި، ލެޕްރޮސީ ނުވަތަ ފިލިއާރިއާ:			
Bronchial Asthma		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... ޔާލުމުގެ ބަލި:			

Fits or Epilepsy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
فصاع / نوبات		
Allergies (including insect bites/stings, food, medicine & other substances)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الحساسية (بما في ذلك لدغات الحشرات، الطعام، الأدوية وغيرها من المواد)		
Current medications (prescription & over the counter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الأدوية الحالية (معدومة الوصفة الطبية وصيدلانية)		
Family history of any disease, fit or epilepsy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
التاريخ العائلي لأي مرض، نوبات أو صرع		
Have you any H/O Kidney Disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل لديك أي اضطراب في الكلى		
Do you have any Allergic to Food / Dust / Medicine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل لديك أي حساسية تجاه الطعام / الغبار / الأدوية		
Have you any Disorder of Blood (Like Thalassemia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل لديك أي اضطراب في الدم (مثل الثلاسيميا)		
H/O trauma or accident past 6months	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
إصابة أو حادث في الماضي 6 أشهر		
H/O or Family H/O spiritual or delusional condition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
إصابة أو تاريخ عائلي من الحالة العقلية أو الخيالية		
Any other Medical condition.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أي حالة طبية أخرى.....		

Note: Please elaborate if you answered "YES" to any of the questions listed above.

ملاحظة: يرجى توضيح الإجابات "نعم" لأي من الأسئلة المدرجة أعلاه.

.....

.....

أنا، الموقعين أدناه، نؤكد بأن المعلومات التي تم توفيرها أعلاه، صحيحة في كل جزئية. أنا، الموقعين أدناه، أعلم أنني قد أكون عرضة للمساءلة القانونية في حالة تقديم معلومات خاطئة. أنا، الموقعين أدناه، أعلم أنني قد أكون عرضة للمساءلة القانونية في حالة تقديم معلومات خاطئة. أنا، الموقعين أدناه، أعلم أنني قد أكون عرضة للمساءلة القانونية في حالة تقديم معلومات خاطئة.

I hereby certify that the information provided above by myself, to the Medical Examination is correct in every particular.

I am aware that any false declaration may result in conviction. I am also aware that all related to Medical Check-up is to

Be borne by myself under every circumstance.

Date: Name of Applicant: Signature of Applicant:

I hereby consent that the information given by the applicant under my care is true and any false declaration may result in conviction.

أنا، الموقعين أدناه، نوافق على المعلومات التي تم توفيرها من قبل المتقدمين تحت رعايتنا، ونوافق على أن أي إعلان خاطئ قد يؤدي إلى إدانة. أنا، الموقعين أدناه، أعلم أنني قد أكون عرضة للمساءلة القانونية في حالة تقديم معلومات خاطئة. أنا، الموقعين أدناه، أعلم أنني قد أكون عرضة للمساءلة القانونية في حالة تقديم معلومات خاطئة.

Date: Name of Parent: Signature of Parent:

DEVELOPMENT HISTORY

	<u>Gross motor</u>	<u>Fine motor</u>	<u>Appearance</u>
Appropriate for Age:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delayed for Age:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CLINICAL EVALUATION

a. Height: cm b. Weight: kg c. Blood Pressure

d. Pulse : e. R /R :

SYSTEMATIC EVALUATION

		Normal	Abnormal	NOTES: (Describe every abnormality in detail, Enter pertinent item number before each moment)
1	CVS			
2	R-S			
3	GIT			
4	CNS			
5	MSS			

CERTIFICATION BY THE MEDICAL OFFICER

I CERTIFY that I have this day examined Mr-/Ms..... I-D-No

That the results are set forth, and in my opinion:

*(a) subject to any special observations listed above, the above named is in good health and not suffering from any mental or physical defect which cause liability to /for
.....

(a)

*(b) the above named suffers a mental or physical defect as quoted and /or is not good in health

(b)

Reason for disqualifying

Signature of applicant:

Doctor's signature:

Name:

Stamp

Date:

Date

Medical Services Department stamp: