

Xin Điền Mẫu Này để Chúng Tôi Có Thẻ Giúp Quý Vị

Please Complete This Form So We Can Help You

Quý vị giữ tờ giấy này. Nhân viên sẽ đến xem giấy trong chốc lát.

Keep this paper with you. A staff person will look at your paper soon.

Tên bệnh nhân _____

Patient's name

Nam
Male

Tuổi _____
Age

Trọng lượng _____ ký/cân Anh
Weight kilograms/pounds

Nữ
Female

Ai điền vào mẫu này?

- Tôi, bệnh nhân
 Người trong gia đình bệnh nhân hay bạn
 Người thông dịch cho bệnh nhân

Who is filling out this form?

Me, the patient
Patient's family member or friend
An interpreter for the patient

Lý do quý vị đến đây?

- Tôi bị bệnh hay bị thương tích do cơn thảm họa
 Tôi bị bệnh hay bị thương tích không phải do cơn thảm họa
 Tôi đến đây để giúp đỡ hay tìm người thân trong gia đình

Why are you here?

I am ill or injured because of a disaster
I am ill or injured but not because of a disaster
I am here to help or look for a family member

Quý vị có mang thai không?

- Có
 Tôi đang chuyển dạ đẻ
 Không
 Tôi không chắc

Are you pregnant?

Yes
I am in labor
No
I am not sure

Quý vị có từng rời khỏi đất nước trong vòng 2 tháng qua không?

- Có
 Không

Nếu có, thì tới quốc gia nào? _____

Have you traveled outside the country in the past 2 months?

Yes
No

If yes, to what country?

Quý vị đang gặp phải vấn đề gì?

Đánh dấu tất cả các ô thích hợp.

- Tôi đang bị khó thở
- Tôi đang bị đau ngực, tức ngực hay khó chịu
- Tôi bị chảy máu
- Tôi nhức đầu nhiều
- Tôi cảm thấy chóng mặt hay xê xẩm
- Tôi không thấy rõ
- Tôi không nghe được
- Tôi bị gãy xương
- Da tôi bị phỏng
- Da tôi nổi mẩn, sưng hay mẩn đỏ
- Tôi cảm thấy tê hay tê rần
- Tôi buồn nôn, ói mửa hay tiêu chảy
- Tôi bị chảy nước mũi, ho hay sốt

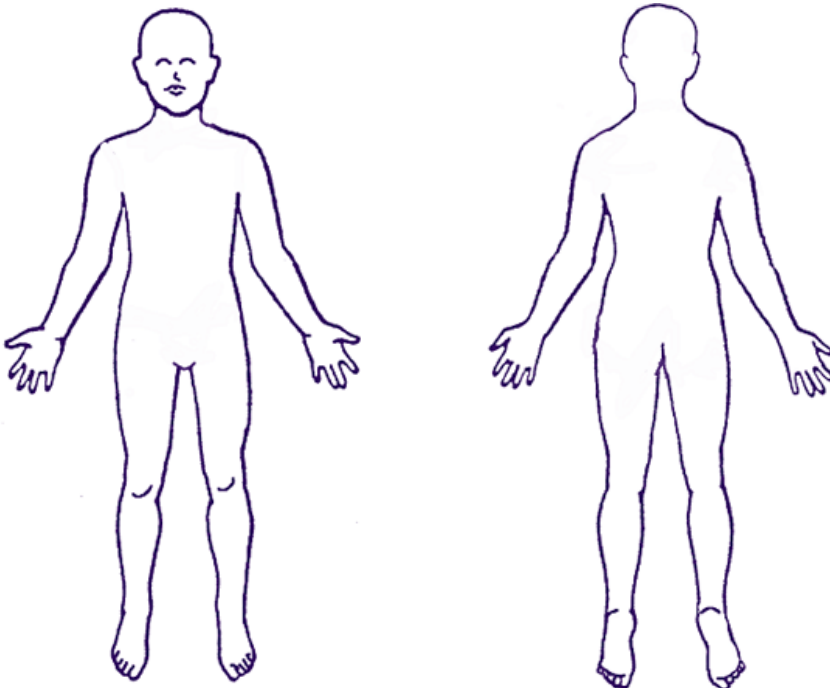
What problem are you having?

Mark all that apply.

- I am having trouble breathing
- I am having chest pain, pressure or discomfort
- I am bleeding
- I have a severe headache
- I feel dizzy or lightheaded
- I am having problems seeing
- I cannot hear
- I have a broken bone
- My skin is burning
- I have a skin rash, swelling or redness
- I feel numbness or tingling
- I have nausea, vomiting or diarrhea
- I have a runny nose, cough or a fever

Đánh dấu vào nơi quý vị bị đau ở hình bên.

Mark on these figures where you feel pain.



Đánh dấu vào bệnh hay tình trạng nào quý vị đang có hay đã có trước đây.

- Bệnh suyễn
- Bệnh tiểu đường
- Bệnh tim
- Viêm gan
- Cao huyết áp
- Chống miễn nhiễm từ HIV, ung thư hay lý do khác
- Đột quy

Đánh dấu loại thuốc quý vị đang uống.

- Thuốc tim
- Thuốc huyết áp
- Thuốc loãng máu như Coumadin
- Thuốc về hô hấp
- Insulin
- Các loại thuốc mua tự do khác như **thuốc tiêu hóa, thuốc nhuận tràng hay thuốc đau nhức**

Đánh dấu vào loại dị ứng quý vị mắc phải.

- Sản phẩm từ sữa như trứng hay sữa
- Hải sản
- Thuốc nhuộm hay iot
- Aspirin
- Penicilin
- Moocphin
- Sulfa
- Nhựa mủ
- Loại khác _____

Mark any diseases or conditions you have or have had in the past.

Asthma
Diabetes
Heart disease
Hepatitis
High blood pressure
Immunosuppression from HIV, cancer or other reason
Stroke

Mark any medicines you are taking.

Heart medicines
Blood pressure medicines
Blood thinners such as Coumadin
Breathing medicines
Insulin
Other over the counter medicines such as **antacids, laxatives or pain medicines**

Mark any allergies you have.

Dairy products such as eggs or milk
Seafood
Dye or iodine
Aspirin
Penicillin
Morphine
Sulfa
Latex
Other _____