

IMMUNIZATION RECORD/ПРОВЕДЕНИ ИМУНИЗАЦИИ

1. *DT/Td (DIPHTHERIA & TETANUS) ДИФТЕРИЯ / ТЕТАНУС

1. The booster must be within the last 10 years..... / /
 Последна реимунизация през последните 10 години DD MM YY

2. *POLIO (POLIOMYELITIS) / ПОЛИОМИЕЛИТ

1. Completed primary series of polio immunization Yes/Да No/Не / /
 Завършена първична серия имунизация срещу полиомиелит DD MM YY
 2. Type of vaccine: Live (OPV) Inactivated (IPV) Enhanced Potency (EP-IPV)
 Вид ваксина Жива /ОПВ/ Инактивирана /ИПВ/ Атенюирана

3. *MMR (MEASLES, MUMPS AND RUBELLA) (if given instead of single vaccines) МОРБИЛИ,

ПАРОТИТ И РУБЕОЛА (комбинирана ваксина) DD MM YY DD MM YY
 Dose 1 given at age of 12 months or later and Dose 2 given at age of 13
 Първа доза на 12 месеца възраст или по-късно, и втора доза направена 13 години

4. OR / ИЛИ MEASLES (MORBILLI) / МОРБИЛИ

1. Immunized with live vaccine at 12 months after birth or later and after 1980..... / / / /
 Имунизиран/а с жива ваксина на 12 месеца или по-късно след 1980 DD MM YY DD MM YY
 2. Has report of positive immune titer. Specify date..... / /
 Има доказан положителен имуниен титър . Дата: DD MM YY
 3. Had diseases confirmed by doctor's record in the patients file..... / /
 Има потвърдена от лекар и записана в личния картон история за прекарано заболяване DD MM YY

5. OR / ИЛИ MUMPS (PAROTITIS) (check all that apply) / ПАРОТИТ (всичко, което е приложимо)

4. Immunized with live vaccine at 12 months after birth or later and after 1980..... / / / /
 Имунизиран/а с жива ваксина на 12 месеца или по-късно след 1980 DD MM YY DD MM YY
 5. Has report of positive immune titer. Specify date..... / /
 Има доказан положителен имуниен титър . Дата: DD MM YY
 6. Had diseases confirmed by doctor's record in the patients file..... / /
 Има потвърдена от лекар и записана в личния картон история за прекарано заболяване DD MM YY

6. OR / ИЛИ RUBELLA / GERMAN MEASLES (RUBEOLA) / РУБЕОЛА

1. Immunized with live vaccine at 12 months after birth or later and after 1980..... / /
 Имунизиран/а с жива ваксина на 12 месеца или по-късно след 1980 DD MM YY
 2. Has report of positive immune titer. Specify date..... / /
 Има доказан положителен имуниен титър Yes/Да No/Не Дата: / /
 (clinical history is not accepted) / (не се зачита само клинична история за преболеване!) DD MM YY

7. *TUBERCULOSIS / ТУБЕРКУЛОЗА

1. Received BCG / Направена БЦЖ: Yes / Да No / Не
 If "Yes"/ Ако "Да", date / дата: / /
DD MM YY
 2. PPD/Mantoux/QFT test (if given) on / PPD/МАНТУ/квантиферон тест (ако е извършен) на / /
 Result/Резултат: Negative / Отрицателен Positive/ Положителен DD MM YY
 3. **If positive and NO BCG given, chest X-ray required!**
При положителен резултат и ЛИПСА НА ПРЕДШЕСТВУВАЩО БЦЖ, се изисква и рентгенография на гр.кош
 X-ray result / Резултат от рентгенографията : Normal / б.о Abnormal / Патолог.находка

8. OTHER VACCINES (please, specify) / /

ДРУГИ ВАКСИНИ (Моля,избройте) / /
DD MM YY

PLEASE, FILL-IN ALL FIELDS, MARKED WITH *.

МОЛЯ, ПОПЪЛНЕТЕ ВСЯКО ПОЛЕ, МАРКИРАНО С *.

Part 4. Част 4.

PRESENT STATUS OF HEALTH / СЕГАШНО ЗДРАВООСЛОВНО СЪСТОЯНИЕ

Please, fill in the diagnosis of the chronic illnesses and/or allergies (in English or Latin), the administered long-term treatment and follow-up needed (attach additional sheets if needed).

Моля, впишете всички хронични заболявания и/или алергии (на английски или латински), предписаното лечение и/или контролни прегледи (при нужда прикрепете допълнителен лист).

Please, type or write with CAPITAL letters / Моля, пишете с ПЕЧАТНИ букви

Primary Care Physician / Личен лекар: _____
 License # / Регистрационен № _____ Country / Държава _____
Office Address / Адрес на практиката: _____ City / град _____
 Street / улица _____ ZIP / пощенски код _____ Phone / Тел.(____) _____

I DECLARE THAT I HAVE CHECKED THE PATIENT'S ANSWERS AND FILLED IN THE REST OF THE INFORMATION REQUIRED TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE.

ДЕКЛАРИРАМ, ЧЕ ПРОВЕРИХ ЛИЧНО ДАННИТЕ, ПОПЪЛНЕНИ ОТ ПАЦИЕНТА, И ГАРАНТИРАМ, ЧЕ ТЕ И ПОПЪЛНЕНАТА ОТ МЕН ИНФОРМАЦИЯ СА ДОСТОВЕРНИ В РАМКИТЕ НА МОЯТА ОСВЕДОМЕНОСТ.

Signature/Подпис: _____ Date/Дата: (mm/dd/yy) _____ / _____ / _____

EMERGENCY TREATMENT CONSENT: In case of an accident or an emergency in which I may be unable to direct my own medical care, I authorize AUBG to seek appropriate medical/surgical care for me until those identified as emergency contact persons can be notified. I hereby state that the above information is true and give permission for Health Services to release information to the Dean of Students, Campus Counselor and to health care providers or facilities who are included in my treatment.

If the student is under 18, must be signed by the student and his/her parent or guardian!

СЪГЛАСИЕ ЗА СПЕШНО ЛЕЧЕНИЕ: В случай на злополука или спешно състояние, при което аз не съм в състояние да давам съгласие за лечението си, упълномощавам АУБ да потърси и контролира медицинска помощ от мое име **докато** се установи контакт с посочените от мен лица за контакт при спешност. Декларирам, че се съгласявам Здравния център на АУБ да предоставя посочената в този документ информация на Декана на студентите, университетския психолог и/или на здравните работници, ангажирани с лечението ми
 Ако студентът е под 18 г. възраст, да се подпише от него и неговият родител или настойник!

Student's Signature / Подпис на студента _____ **Date/Дата: (mm/dd/yy)** _____ / _____ / _____