

МЕДИЦИНСКО СВИДЕТЕЛСТВО / HEALTH CERTIFICATE

за регистриране на студент в АУБ / for student admission at AUBG

(CONFIDENTIAL REPORT)

READ THIS CAREFULLY FIRST!

- According to Bulgarian Legislation and AUBG Policies & Procedures the students must present this **health certificate** and a copy of their **immunization records** at the AUBG Health Center **before** they register for classes. **IT HAS TO BE ISSUED BY FAMILY PHYSICIAN (GP).**
- All AUBG students **must have valid** immunizations against **Poliomyelitis, Measles, Mumps, Rubella, Diphtheria and Tetanus**. Two immunizations against Measles, Mumps and Rubella with live vaccine must have been received after the first birthday. The last **Td booster** shot have to be **performed no longer than ten years ago**. A **PPD (MANTOUX) TEST PERFORMED DURING THE PAST 6 MONTHS IS REQUIRED**.
- A French live vaccine MMR (TRIMOVAX) and Tetanus booster are available at the AUBG Health Center for the AUBG students **FREE OF CHARGE** and the re-immunization could be done there.
- The confidentiality of personal health information is guaranteed if you have sent this form on the address below.

For more information please contact, or send the completed form to:

HEALTH CENTER
AMERICAN UNIVERSITY IN BULGARIA
1 G. IZMIRLIEV SQ., BLAGOEVGRAD 2700, BULGARIA
tel. (+359)73 888-208 fax (+359)73 888-155
E-mail: HEALTHCENTER@AUBG.BG

ПРОЧЕТИ ВНИМАТЕЛНО ПРЕДИ ДА ПОПЪЛНИШИ!

- Съгласно българското законодателство и Правилника на АУБ студентите трябва да представят това свидетелство и копие от имунизационния си паспорт пред Здравния център на АУБ **преди** да се регистрират за учебната година. **ТО СЕ ИЗДАВА ОТ ЛИЧНИЯ ЛЕКАР!**
- Студентите трябва да имат валидни имунизации с/у **Poliomyelitis, Morbilli, Parotitis, Rubeola, Diphtheria и Tetanus** както следва: минимум 2 дози от жива ваксина с/у **Morbilli, Parotitis, Rubeola** трябва да бъдат приложени след 1 год възраст; Последната доза с/у **Tetanus (Td)** трябва да бъде приложена преди не повече от 10 години. ИЗИСКВА СЕ ДАННИ ОТ ТЕСТ НА MANTOUX (PPD) ИЗВЪРШЕН ПРЕЗ ПОСЛЕДНИТЕ 6 МЕСЕЦА.
- Здравният център разполага с ваксина TRIMOVAX с/у **Morbilli, Parotitis, Rubeola**, както и с ваксина **Td**, които се прилагат **БЕЗПЛАТНО** на нуждаещите се след началото на учебната година.
- Конфиденциалността на информацията Ви е гарантирана ако изпратите този формуляр на посочения адрес:

Можете да контактувате с нас чрез следните адреси и телефони:

ЗДРАВЕН ЦЕНТЪР
АМЕРИКАНСКИ УНИВЕРСИТЕТ В БЪЛГАРИЯ
П.Л. Г. ИЗМИРЛИЕВ 1, БЛАГОЕВГРАД 2700, БЪЛГАРИЯ
тел. 073 888-208 факс: 073 888-155
E-mail: HEALTHCENTER@AUBG.BG

(Please, type or write with capital letters/Моля, попълнете с печатни букви)

Part 1.

Част 1.

LAST NAME/ФАМИЛИЯ _____ FIRST NAME/ИМЕ _____ MID. INT./ПРЕЗИМЕ _____

DATE OF BIRTH/ДАТА НА РАЖДАНЕ (MM/DD/YY) _____ / _____ / _____ GENDER/ ПОЛ: _____ M / F

COUNTRY/ДЪРЖАВА: _____ TELEPHONE: (_____) _____

CITY/ГРАД: _____ ZIP/ПОЩ.КОД: _____

HOME ADDRESS/ДОМ.АДРЕС: _____

Part 2.

DO YOU HAVE OR HAVE YOU EVER HAD/ИМАЛ(А) ЛИ СТЕ НИКОГА:

Част 2.

	Yes /Да	No/ Не		Yes /Да	No/ Не
a) Asthma/Астма			h) Allergies to / Алергии към:		
b) Heart trouble/Сърдечни проблеми			• medication/лекарства		
c) Peptic ulcer/Язвена болест			serums/vaccines / серуми/ваксини		
d) Stomach trouble/Стомашни проблеми			• food/храни		
e) Diabetes/Диабет			• Dust/Прах		
f) Epilepsy/Епилепсия			• Polens/Полени		
g) Mental or emotional disorders/ Психични/емоционални проблеми			i) Other health problems/Други здравни проблеми		
			j) Special needs due to a health problem/ Специални нужди по здравословни причини?		

HAVE YOU EVER HAD THESE CONTAGIOUS DISEASES PASSED/БОЛЕДУВАЛ(А) ЛИ СТЕ ОТ СЛЕДНИТЕ ЗАРАЗНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ:

Varicella/Варицела	Mo / Yr	Polio/Полиомиелит	Mo / Yr	Viral hepatitis A, B Вирусен Хепатит А, В	Mo / Yr
Diphtheria/Дифтерия	Mo / Yr	Tuberculosis/ Туберкулоза	Mo / Yr	Typhoid fever/ Тиф	Mo / Yr
Pertussis/Коклюш (Whooping-cough)	Mo / Yr	Cholera/Холера	Mo / Yr	Salmonellosis/Салмонела	Mo / Yr
		Malaria/Малария	Mo / Yr	Dysentery (any kind) Дизентерия	Mo / Yr

Religious Exemption: I declare that because of my religious and/or philosophical believes I do not agree to be immunized against infectious diseases. I clearly understand that in case of an outbreak of a reported communicable disease in the university's campus and/or the area of its location I will have to comply with all necessary measures taken by the university authorities.

Student's signature _____ Date: _____ / _____ / _____

Религиозни причини за освобождаване от имунизации: Декларирам, че поради моите религиозни и/или философски убеждения не съм съглас(ен/на) да бъда имунизиран(а) срещу инфекциозни болести. Осъзнавам ясно, че в случай на епидемия от заразна болест в рамките на университета и/или региона, ще трябва да изпълнявам мерките, предписани и наложени от университетските и здравни власти с всичките им последствия.

Подпис: _____ Дата: _____ / _____ / _____

TO BE FILLED-IN BY THE STUDENT. Please, check each box with Yes or No. ПОПЪЛВА СЕ ОТ СТУДЕНТА. Моля, попълнете всяко "Да/Не" поле.

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

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

2. POLIO (POLIOMYELITIS) ПОЛИОМИЕЛИТ

1. Completed primary series of polio immunization Yes/Да _____ No/Не _____ DD / MM / YY
Направена първична серия имунизация срещу полиомиелит

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) (МОРБИЛИ, ПАРОТИТ, РУБЕОЛА)

Dose one given at 12 months after birth or later and Dose 2 given after 1990 DD / MM / YY DD / MM / YY
Доза на 12 месеца или по-късно ; II Доза направена след 1990

4. or MEASLES (MORBILLI)/МОРБИЛИ as a single vaccine instead MMR/като моноваксина вместо MMR

1. Immunized with live vaccine at 12 months after birth or later and after 1990..... DD / MM / YY DD / MM / YY
Имунизиран/а с жива ваксина на 12 месеца или по-късно след 1990

2. Has report of positive immune titer. Specify date..... DD / MM / YY
Има доказан положителен имуниен титър . Дата:

3. Had diseases confirmed by doctor's record in the patients file..... DD / MM / YY
Има потвърдена от лекар и записана в личния картон история за прекарано заболяване

5. OR MUMPS (PAROTITIS)/ПАРОТИТ as a single vaccine instead MMR/като моноваксина вместо MMR

4. Immunized with live vaccine at 12 months after birth or later and after 1990..... DD / MM / YY DD / MM / YY
Имунизиран/а с жива ваксина на 12 месеца или по-късно след 1990

5. Has report of positive immune titer. Specify date..... DD / MM / YY
Има доказан положителен имуниен титър . Дата:

6. Had diseases confirmed by doctor's record in the patients file..... DD / MM / YY
Има потвърдена от лекар и записана в личния картон история за прекарано заболяване

6. OR RUBELLA/(RUBEOLA)/РУБЕОЛА as a single vaccine instead MMR/като моноваксина вместо MMR

1. Immunized with live vaccine at 12 months after birth or later and after 1990..... DD / MM / YY DD / MM / YY
Имунизиран/а с жива ваксина на 12 месеца или по-късно след 1990

2. Has report of positive immune titer. Specify date..... DD / MM / YY DD / MM / YY
Има доказан положителен имуниен титър Yes/Да _____ No/Не _____ Дата: _____

Clinical history is not acceptable! Анамнеза за преболедуване не се признава!

7. TUBERCULOSIS (PPD required regardless of prior BCG inoculation) ТУБЕРКУЛОЗА

1. PPD (Mantoux) within the last 6 months / МАНТУ направено през последните 6 месеца
Result/Резултат: Neg./Отрицателен _____ Pos./Положителен _____ DD / MM / YY
mm induration _____ horizontal diameter

2. If greater than 5 mm induration and no BCG given, chest X-ray required.
При реакция по-голяма от 5 мм и липса на предшествуващо БЦЖ, се изисква и рентгенография на гр.кош !
X-ray result/Резултат от рентгенографията : Normal/н.о _____ Abnormal/ Патолог.находка _____

3. Received BCG/ Направена БЦЖ: Yes/Да _____ No/Не _____

4. If "Yes"/ Ако "Да" дата: _____ DD / MM / YY

8. OTHER VACCINES (please,specify)..... DD / MM / YY
ДРУГИ ВАКСИНИ/ Моля,избройте/..... DD / MM / YY

Part 4.

Част 4.

PRESENT STATUS OF HEALTH / СЕГАШНО СЪСТОЯНИЕ НА ЗДРАВЕТО

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) _____

PRIMARY CARE PHYSICIAN / Личен лекар (Please, type or write with capital letters/Попълнете с печатни букви):

License #/ УИН _____ Country / Държава _____
Office Address/Адрес на практиката (Please, type or write with capital letters/Попълнете с печатни букви): City/град _____
Street/улица _____ ZIP/пощенски код _____ Country/Държава _____ tel./fax(_____) _____

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) _____ / _____ / _____

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

YOU WILL NOT BE ALLOWED TO SIGN YOUR DORMITORY HOUSING CONTRACT

In case you fail to mail/fax/ or present this form to the AUBG Health Center

НАСТАНЯВАНЕТО ВИ В ОБЩЕЖИТИЯТА НА УНИВЕРСИТЕТА Е НЕВЪЗМОЖНО

в случай, че не изпратите по пощата/факса или не представите формуляра в Здравния Център на АУБ

MAKE SURE IT IS SIGNED BY A HEALTH CARE PROVIDER ! ФОРМУЛЯРЪТ ТРЯБВА ДА БЪДЕ ПОДПИСАН ОТ МЕДИЦИНСКО ЛИЦЕ!

TO BE FILLED IN BY THE STUDENT'S FAMILY PHYSICIAN. Please, check the patients answers on the previous page and make, if any, comments in Part 4. Fill in carefully all immunizations according to patient's immunization records. / ДА СЕ ПОПЪЛНИ ОТ СЕМЕЙНИЯ ЛЕКАР! Моля, проверете отговорите на пациента от предната страница и направете коментари в Част 4. (при необходимост). Внимателно попълнете останалите за имунизации в съответствие с имунизационния паспорт на пациента.