

HEALTH CERTIFICATE / МЕДИЦИНСКО СВИДЕТЕЛСТВО

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

(CONFIDENTIAL REPORT)

READ THIS FIRST!

- According to Bulgarian Legislation and AUBG Policies & Procedures the students must present this **health certificate** and their **immunization records** at the AUBG Health Center **before** they register for classes. **IT HAS TO BE SIGNED BY YOUR FAMILY PHYSICIAN (GP).**
- All AUBG students **must have valid** immunizations against **Poliomyelitis, Diphtheria and Tetanus, Measles, Mumps, Rubella** (two immunizations with live vaccine). 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.**
- MANDATORY COVID-19 ANTIBODY TEST IN A WEEK PRIORY TO ARRIVAL ON CAMPUS**
- Tetanus booster **FREE** vaccine is available at the AUBG Health Center for the AUBG students 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  
4, SV. BACHVAROVA STR., BLAGOEVGRAD 2700, BULGARIA  
tel. (+359)73 888-208 or (+359)73 888-205  
E-mail: HEALTHCENTER@AUBG.EDU

ПРОЧЕТЕТЕ ПРЕДИ ДА ПОПЪЛНИТЕ!

- Съгласно българското законодателство и Правилника на АУБ студентите трябва да представят това свидетелство и имунизационния си паспорт пред Здравния център на АУБ **преди** да се регистрират за учебната година. **ТО СЕ ПОДПИСВА ОТ ЛИЧНИЯ ВИ ЛЕКАР!**
- Студентите трябва да имат валидни имунизации с/у **Poliomyelitis, Diphtheria и Tetanus, Morbilli, Parotitis, Rubeola**, ( 2 дози от жива ваксина с/у **Morbilli, Parotitis**); 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.**
- ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ТЕСТ ЗА АНТИТЕЛА СРЕЩУ COVID-19 ПРЕС ПОСЛЕДНАТА СЕДМИЦА ПРЕДИ ПРИСТИГАНЕТО В КАМПУСА!**
- Здравният център разполага с ваксина **Td**, която се прилага **БЕЗПЛАТНО** на нуждаещите се след началото на учебната година.
- Конфиденциалността на информацията Ви е гарантирана ако изпратите този формуляр на посочения адрес:

За информация можете да се свържете с нас или да изпратите формуляра на следните адреси и телефони:

ЗДРАВЕН ЦЕНТЪР  
АМЕРИКАНСКИ УНИВЕРСИТЕТ В БЪЛГАРИЯ  
УЛ. СВ. БЪЧВАРОВА № 4, БЛАГОЕВГРАД 2700, БЪЛГАРИЯ  
тел. 073 888-208 или 073 888-205  
E-mail: HEALTHCENTER@AUBG.EDU

(Please, type or write with **BLOCK** letters / Моля, попълнете с ПЕЧАТНИ букви)

\*All fields marked with (\*) are mandatory to fill-in / Всички полета отбелязани с (\*) се попълват задължително

Part 1. Част 1.

\*LAST NAME / ФАМИЛИЯ \_\_\_\_\_ \*FIRST NAME / ИМЕ \_\_\_\_\_ MID. INIT./ ПРЕЗИМЕ \_\_\_\_\_

\*DATE OF BIRTH / ДАТА НА РАЖДАНЕ (MM/DD/YY) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ GENDER/ ПОЛ: \_\_\_\_\_

CITY/Град: \_\_\_\_\_ ZIP/Пощ.код: \_\_\_\_\_ PHONE.Тел.: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

HOME ADDRESS / ДОМ.АДРЕС: \_\_\_\_\_

\*CITIZENSHIP / ГРАЖДАНСТВО \_\_\_\_\_ \*COUNTRY / ДЪРЖАВА: \_\_\_\_\_

DO YOU HAVE DUAL CITIZENSHIP, ONE OF WHICH IS BULGARIAN? \_\_\_\_\_ FILL-IN YOUR BULGARIAN SSN \_\_\_\_\_

ИМАТЕ ЛИ ДВОЙНО ГРАЖДАНСТВО, ЕДНО ОТ КОИТО БЪЛГАРСКО?  Yes /  No **ВПИШЕТЕ ВАШИЯТ ЕГН** \_\_\_\_\_

\*CONTACT PERSON IN CASE OF MEDICAL EMERGENCY / ЛИЦЕ ЗА КОНТАКТ В СЛУЧАЙ НА СПЕШЕН МЕДИЦИНСКИ СЛУЧАЙ

\*LAST NAME/ФАМИЛИЯ \_\_\_\_\_ \*FIRST NAME/ИМЕ \_\_\_\_\_

\*RELATION/ВРЪЗКА \_\_\_\_\_ \*PHONE/ТЕЛЕФОН \_\_\_\_\_ \*E-MAIL/ЕЛ. ПОЩА \_\_\_\_\_

Part 2. Част 2.

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

Yes No If an answer is 'Yes', please specify  
Да Не Да Не Ако някой отговор е "Да", моля пояснете:

a) Asthma/Астма	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h) Diabetes / Диабет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Heart trouble / Сърдечни проблеми	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i) Allergies to / Алергии към:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Peptic ulcer / Язвена болест	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• medication/лекарства	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Stomach trouble / Стомашни проблеми	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• food/храни	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Epilepsy / Епилепсия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• serums/vaccine / серуми/ваксини	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Special dietary needs / Нужда от диетично хранене	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j) Other health problems / Други здравни проблеми	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

If some of the answers are "Yes", your doctor MUST provide details on the page 2 or on an additional sheet

Ако някои от отговорите са „Да“, Вашият лекар ТРЯБВА да опише детайли на допълнителна страница

HAD CONTAGIOUS DISEASES / ПРЕБОЛЕДУВАНИ ЗАРАЗНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Varicella / Варицела (Chicken-pox)	Mo / Yr	Polio / Полиомиелит	Mo / Yr	Viral hepatitis A, B / Вирусен ХепатитА, 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
<b>COVID-19 DISEASE / ЗАБОЛЯВАНЕ</b> Confirmed with PCR <input type="checkbox"/> Потвърдено с PCR <input type="checkbox"/>	dd mm yy	<b>COVID – 19 ANTIBODIES TEST / ТЕСТ ЗА АНТИТЕЛА</b> (less than 7 days before arrival on campus до 7 дни преди пристигане в кампуса)		dd mm yy	
		<b>Ig M</b> Positive <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/>	<b>Ig G</b> Positive <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/>		

TO BE FILLED-IN BY THE STUDENT. Please, check each box with Yes or No. Mark the check boxes where the answer is positive. ПОПЪЛНИТЕ СЕ ОТ СТУДЕНТА. Моля, попълнете всяко "Да/Не" поле. Маркирайте квадратчетата където отговора е положителен.

## IMMUNIZATION RECORD/ПРОВЕДЕНИ ИМУНИЗАЦИИ

1. **\*DT/Td (DIPHTHERIA & TETANUS) ДИФТЕРИЯ / ТЕТАНУС**  
 1. The booster must be within the last 10 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 \_\_\_\_\_  
 Завършена 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) (if given instead of single vaccines) МОРБИЛИ,  
 ПАРОТИТ И РУБЕОЛА (комбинирана ваксина)**  
 Dose 1 given at age of 12 months or later and Dose 2 given at age of 13 DD / MM / YY DD / MM / YY  
 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..... DD / MM / YY DD / MM / YY  
 Имунизиран/а с жива ваксина на 12 месеца или по-късно след 1980  
 2. Has report of positive immune titer. Specify date..... DD / MM / YY  
 Има доказан положителен имунен 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 / 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..... DD / MM / YY DD / MM / YY  
 Имунизиран/а с жива ваксина на 12 месеца или по-късно след 1980  
 5. Has report of positive immune titer. Specify date..... DD / MM / YY  
 Има доказан положителен имунен 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 / ИЛИ RUBELLA / GERMAN MEASLES (RUBEOLA) / РУБЕОЛА**  
 1. Immunized with live vaccine at 12 months after birth or later and after 1980..... DD / MM / YY  
 Имунизиран/а с жива ваксина на 12 месеца или по-късно след 1980  
 2. Has report of positive immune titer. Specify date..... DD / MM / YY  
 Има доказан положителен имунен титър Yes/Да \_\_\_\_\_ No/Не \_\_\_\_\_ Дата:  
 (clinical history is not accepted) / (не се зачита само клинична история за преболедуване!) 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) within the last 6 months / Проба „МАНТУ“ през последните 6 месеца**  
*PPD required regardless of prior BCG / „Манту“ се извършва без значение дали има ваксинация за BCG*  
 Result/Резултат: Neg./ Отрицателен   
 Pos./ Положителен  \_\_\_\_\_ mm induration  
 3. **If greater than 5 mm induration and no BCG given, chest X-ray required!**  
*При реакция по-голяма от 5 мм и липса на предшестващо 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) \_\_\_\_\_ DD / MM / YY**  
 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 ЗДРАВΟΣЛОВНО 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, напишете 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) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**TO BE FILLED-IN BY THE STUDENT'S FAMILY PHYSICIAN.**  
 Please, check the patients answers on the previous page and tick, if any, comments in Part 4. Fill-in carefully all immunizations according to patient's immunization records.  
 Моля, проверете отговорите на пациента от предишната страница и направете коментари в Част 4. (при необходимост). Внимателно попълнете данните за имунизации съгласно с имунизационния паспорт на пациента.

**ПОПЪЛВА СЕ ОТ СЕМЕЙНИЯ ЛЕКАР!**