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**.
- Data (if available) from the last tuberculosis test will be appreciated.
- ***Vaccination against COVID-19 is highly recommendable, including the latest boosters! Make your plans so the vaccination process to be finished before you arrive on campus!***
- The confidentiality of personal health information is guaranteed if you have sent this form on the address below.

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

HEALTH & WELL-BEING CENTER
AMERICAN UNIVERSITY IN BULGARIA
4, SV. BACHVAROVA STR., BLAGOEVGRAD 2700, BULGARIA
tel. (+359)73 888-208 or (+359)73 888-205
E-mail: MEDICAL@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 **Poliomielitis, Diphteria и Tetanus, Morbilli, Parotitis, Rubeola,** (2 дози от жива ваксина с/у **Morbilli, Parotitie)**; Последната доза с/у **Tetanus (Td)** трябва да бъде приложена преди не повече от 10 години.
- ДАННИ ОТ СКОРОШЕН ТЕСТ ЗА ТУБЕРКУЛОЗА ЩЕ БЪДАТ ОЦЕНЕНИ.
- ***Ваксинация срещу COVID-19 е силно препоръчителна, включително последните бустерни дози! Планирайте ваксинирането да бъде завършено преди преди пристигане в кампуса!***
- Конфиденциалността на информацията Ви е гарантирана ако изпратите този формуляр на посочения по-долу адрес:

За информация, 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: MEDICAL@AUBG.EDU

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.***

(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?
ИМАТЕ ЛИ ДВОЙНО ГРАЖДАНСТВО, ЕДНО ОТ КОИТО БЪЛГАРСКО? **Yes / No**

FILL-IN YOUR BULGARIAN SSN
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 Да	No Не		Yes Да	No Не	If an answer is 'Yes', please specify / Ако някой отговор е "Да", моля пояснете:
a) Asthma/Астма			h) Diabetes / Диабет			
b) Heart trouble / Сърдечни проблеми			i) Allergies to / Алергии към:			
c) Peptic ulcer / Язвена болест			• medication/лекарства			
d) Stomach trouble / Стомашни проблеми			• food/храни			
e) Epilepsy / Епилепсия			• serums/vaccine / серуми/ваксини			
f) Special dietary needs / Нужда от диетично хранене			j) Other health problems / Други здравни проблеми			

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

COVID-19 DISEASE / ЗАБОЛЯВАНЕ WITH POSITIVE TEST / С ПОЛОЖИТЕЛЕН ТЕСТ	/ / dd mm yy	**SARS-COV-2 (COVID-19) VACCINATION / ВАКСИНАЦИЯ**	**Primary vaccination completed on: Първична ваксинация завършена на:**	/ / dd mm yy
		Vaccine Name / Ваксина	**Last booster dose on: Последна бустерна доза на:**	/ / dd mm yy

Part 3. **Част 3.**

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____ ..... ___/___/___ DD MM YY
   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) ___/___/___ 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..... ___/___/___ 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: ___/___/___ DD MM YY
   (clinical history is not accepted) / (не се зачита само клинична история за преболедуване!)

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 ___/___/___ DD MM YY
   Result/Резултат: Negative / Отрицателен ☐ Positive/ Положителен ☐
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)* ..... ___/___/___ DD MM YY
ДРУГИ ВАКСИНИ (Моля,изберете) ..... ___/___/___ 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 ЗДРАВОСЛОВНО 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)_____/_____/_____

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. /
Моля, проверете отговорите на пациента от предната страница и направете коментари в Част 4. (при необходимост). Внимателно попълнете данните за имунизации в съответствие с имунизационния паспорт на пациента.
ПОПЪЛВА СЕ ОТ СЕМЕЙНИЯ ЛЕКАР!

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) ____/____/_____