

Brewster

SUMMER PROGRAMS

80 Academy Drive, Wolfeboro, NH 03894
603-569-7155 FAX: 603-569-7050

IMPORTANT INFORMATION CONCERNING MEDICAL FORMS

ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับแบบรายงานผลการตรวจสุขภาพของนักเรียน โดยแพทย์

All health forms must be completed and received prior to the student's arrival at the Thai Scholar Orientation Program. แบบรายงานผลการตรวจสุขภาพโดยแพทย์ทุกฉบับ จะต้องกรอกข้อมูลโดยครบถ้วนสมบูรณ์ และส่งถึง Brewster Academy ก่อนวันที่นักเรียนเดินทางถึงสหรัฐอเมริกา

Required Forms Checklist: รายการเอกสารทั้งหมดที่นักเรียนต้องนำส่ง Brewster Academy:

- [] **Medical History** – to be completed by parent and student ประวัติทางการแพทย์ ที่กรอกและลงนามโดยผู้ปกครองและนักเรียน
- [] **Brewster Medical Authorization form** – to be completed by parent and student
แบบอนุญาตให้โรงเรียนดูแลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
- [] **Physical Examination**- to be completed by a physician ผลรายงานการตรวจร่างกาย ที่กรอกและลงนามโดยแพทย์
- [] **Immunization Record** – to be completed by a physician. Please note that these are New Hampshire state required immunizations. If the student is attending prep school in another state that has other requirements, he/she will be contacted regarding any additional immunizations needed. *Please send to cbrown@brewsteracademy.org as soon as it's completed.
บันทึกการฉีดวัคซีน ที่กรอกและลงนามโดยแพทย์ โดยรายการวัคซีนที่กำหนดให้นักเรียนต้องได้รับการฉีดดังปรากฏในบันทึกการฉีดวัคซีนนี้เป็นไปตามข้อกำหนดของรัฐนิวแฮมป์เชียร์เป็นการเฉพาะ ส่วนนักเรียนที่จะเข้าศึกษา ณ โรงเรียนระดับมัธยมศึกษาในรัฐอื่น อาจมีข้อกำหนดที่แตกต่างไป ทั้งนี้ Brewster Academy จะแจ้งให้นักเรียนแต่ละรายทราบโดยตรงว่าต้องได้รับการฉีดวัคซีนใดเพิ่มอีก เมื่อแพทย์กรอกและลงนามบันทึกการฉีดวัคซีนแล้ว ขอให้ส่งต่อไปยัง cbrown@brewsteracademy.org โดยทันที
- [] **Medication Form** – to be completed by a physician only if student is taking prescription medication. รายงานการใช้ยา ที่กรอกและลงนามโดยแพทย์ (เฉพาะกรณีนักเรียนที่ต้องใช้ยาตามใบสั่งแพทย์ อยู่เป็นประจำ)
- [] **Medical Certificate** ผลการตรวจสุขภาพ
- [] **Dental Exam** ผลการตรวจทางทันตกรรม
- [] **Spinal Exam** ผลการตรวจกระดูกสันหลัง
- [] **Eye Exam** ผลการตรวจสุขภาพตา/ตรวจวัดสายตา

Attach Student Photo

ติด ภาพถ่าย ของนักเรียน

Medical History ประวัติทางการแพทย์

To be completed by parent and student กรอกและลงนามโดยผู้ปกครองและนักเรียน

Student Name: _____

Date of Birth: _____ (MM/DD/YYYY) Sex: ____M ____F

Home Address: _____

Is the student taking prescription medication? (นักเรียนกำลังใช้ยาตามใบสั่งแพทย์อยู่หรือไม่)
__Yes __No

If yes, the physician needs to complete medication form. (ถ้าใช่ ต้องให้แพทย์กรอก Brewster Academy medication form (รายงานการใช้ยา) ที่แนบมาด้วย)

Has the student at any time during his/her life had any of the following: ที่ผ่านมานักเรียนเคยมีอาการของโรคดังต่อไปนี้หรือไม่

Yes No

Detailed Information/Year of onset รายละเอียด/ปีที่เริ่มมีอาการ

- | | | | |
|-----|-----|--|---------------------------------|
| ___ | ___ | ADHD (โรคสมาธิสั้น) | _____ |
| ___ | ___ | <u>Allergies</u> *Food (โรคภูมิแพ้อาหาร) | *If yes, complete section below |
| ___ | ___ | <u>Allergies</u> *Medication (โรคภูมิแพ้ยา) | *If yes, complete section below |
| ___ | ___ | <u>Allergies</u> *Other (โรคภูมิแพ้อื่น ๆ) | *If yes, complete section below |
| ___ | ___ | Anemia (โรคโลหิตจาง) | _____ |
| ___ | ___ | Anxiety (โรควิตกกังวล) | _____ |
| ___ | ___ | *Asthma (โรคหอบหืด) | *If yes, complete section below |
| ___ | ___ | Back problems (โรคปวดหลัง) | _____ |
| ___ | ___ | Cancer (โรคมะเร็ง) | _____ |
| ___ | ___ | Chicken Pox (โรคอีสุกอีใส) | _____ |
| ___ | ___ | Chronic Sinusitis (โรคไซนัสอักเสบเรื้อรัง) | _____ |
| ___ | ___ | Colitis (โรคลำไส้อักเสบ) | _____ |
| ___ | ___ | Concussion (การกระทบกระเทือนทางสมอง) | _____ |
| ___ | ___ | Depression (โรคซึมเศร้า) | _____ |
| ___ | ___ | Diabetes (โรคเบาหวาน) | _____ |
| ___ | ___ | Eating Disorder (ความผิดปกติของการรับประทานอาหาร) | _____ |
| ___ | ___ | Epilepsy (โรคลมชัก) | _____ |
| ___ | ___ | Fainting or dizziness (อาการหน้ามืด/วิงเวียนศีรษะ) | _____ |
| ___ | ___ | Heart Murmur (เสียงฟู่ของหัวใจ) | _____ |

***ALLERGIES** (โรคภูมิแพ้): _____

Typical response (อาการทั่วไปของการแพ้): _____

Treatment (การรักษา): _____

Does your child carry an Epi-pen? (นักเรียนต้องพกยาฉีดขยายทางเดินหายใจฉุกเฉินหรือไม่) __Yes __No

***ASTHMA** (โรคหอบหืด): Inhaler or treatment type (ชื่อยาพ่นจมูกที่นักเรียนใช้ หรือการรักษาโดยวิธีอื่น): _____

How often is inhaler used? (นักเรียนใช้ยาพ่นจมูกบ่อยครั้งเพียงใด) _____ times/per (ครั้ง/ต่อช่วงเวลา) _____

What triggers asthma attacks? (สิ่งกระตุ้นอาการหอบหืดของนักเรียน) _____

Has the student at any time during his/her life had any of the following? ที่ผ่านมานักเรียนเคยมีอาการของโรคดังต่อไปนี้หรือไม่
Yes No Detailed Information/Year of onset รายละเอียด/ปีที่เริ่มมีอาการ

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemorrhoid (โรคริดสีดวงทวาร)	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis (โรคไวรัสตับอักเสบบ)	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	High blood pressure (โรคความดันโลหิตสูง)	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Low blood pressure (โรคความดันโลหิตต่ำ)	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insomnia (โรคนอนไม่หลับ)	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kidney problems (โรคไต)	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Malaria (โรคมาลาเรีย)	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Measles (โรคหัด)	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migraines (โรคไมเกรน)	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mononucleosis (โรคติดเชื้อโมโนนิวคลีโอสิส)	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MRSA (โรคติดเชื้อ MRSA)	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mumps (โรคคางทูม)	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pneumonia (โรคปอดบวม)	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheumatic Fever (โรคไขรูมาติก)	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seizure Disorder (โรคลมชัก)	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Appendectomy Surgery (การผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบบ)	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernia repair Surgery (การผ่าตัดไส้เลื่อน)	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tonsillectomy Surgery (การผ่าตัดต่อมทอนซิล)	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other Surgery (การผ่าตัดอื่น)	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thyroid Disorder (ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์)	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urinary tract infection (โรคทางเดินปัสสาวะอักเสบบ)	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Weight gain or loss (น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นหรือลดลง)	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Whooping cough/Pertussis (โรคไอกรน)	_____
		Women Only: (สำหรับนักเรียนหญิงเท่านั้น)	•Age of first menstruation (มีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุ) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Irregular periods (ประจำเดือนมาไม่ปกติ)	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Severe cramps (ปวดท้องประจำเดือนรุนแรง)	_____

Honest disclosure of medical history is necessary to provide appropriate care for the student. We certify that the above answers are true and complete. We are aware that any falsification or omission of fact may result in immediate discharge from the scholarship program. การเปิดเผยข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของนักเรียนตามความเป็นจริงมีความสำคัญยิ่งต่อสวัสดิภาพของนักเรียน ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อมูลที่แจ้งตามข้างต้นถูกต้อง ครบถ้วนสมบูรณ์ทุกประการ ทั้งนี้ข้าพเจ้ารับทราบด้วยว่าการแจ้งข้อมูลอันเป็นเท็จ หรือไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ อาจส่งผลให้นักเรียนถูกยกเลิกสิทธิ์การรับทุนโดยทันที

Parent Signature: _____ Date: _____

Student Signature: _____ Date: _____

•Do you want to receive the influenza vaccine at prep school this fall? Yes No If the answer is yes, please have your parent sign here: นักเรียนต้องการรับการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ ในขณะที่กำลังศึกษา ณ โรงเรียนมัธยมในภาค Fall ปีนี้หรือไม่ หากต้องการ นักเรียนต้องแจ้งให้ผู้ปกครองลงนามที่นี่:

Parent Signature: _____

Brewster

SUMMER PROGRAMS

80 Academy Drive, Wolfeboro, NH 03894
603-569-7155 FAX: 603-569-7050

Brewster Academy Medical Authorization

This form is a permission statement that must be completed and signed by a parent or guardian and student.

Student's name: _____ Birth date: _____

Home address: _____

____ Male ____ Female Student Email: _____

Parent's full name: _____

Address: _____

Email Address: _____

Phone Numbers: (h) _____ (w) _____ (c) _____

Legal Guardian while in the United States (Primary Contact in the event of Emergency):

Mrs. Nipatta Bunjonglikitsarn, Minister (Education)

Office of Educational Affairs, Royal Thai Embassy, 1906 23rd Street, NW, Washington, DC 20008

Email: ts@oeadc.org, Phone: (w) 202-667-6084 (c) 202-403-4420

Confidentiality

We respect the privacy of our students' medical care, yet we urge students to communicate with their parents about any medical issues. Parents and students agree, as a condition of enrollment, to consent to the release of any medical records, including information relating to drug or alcohol treatment and testing and mental health records. Such records will be released to faculty and administrators at Brewster Academy, and their agents, on a need to know basis when a health care professional at Brewster Academy has determined such release is in the best interest of the student and/or the community.

Medical Authorization

I hereby consent for the Health Services at Brewster Academy to direct health care providers to carry out accepted procedures for diagnosis, immunization, medical and minor surgical treatment or counseling for my child while attending school. I authorize the Health Center to share necessary and appropriate medical information with the treating physician and to release information necessary to process insurance claims. I authorize the Brewster Academy staff to administer OTC (over the counter) and prescription medication as directed and to provide medication to my child for self-administration if needed. I also give permission for my child's immunizations to be completed in accordance with all applicable laws.

Emergency Medical Authorization

In rare instances when any emergency arises and where delay might jeopardize the recovery of my child, I hereby authorize the appropriate physicians or surgeons to give necessary anesthesia and perform emergency surgery on my child. I understand that in the event of an emergency, the School will use all reasonable efforts to contact me or the legal guardian as soon as possible.

Persons treating my child should be aware of the following Allergies or Medical Conditions: _____

Signature of parent/guardian

Date

Student signature

Date

Physical Examination- Page 1

To be completed by physician

Student Name: _____

Home Address: _____

Date of Birth: _____ Age: _____ Sex: ___M ___F Date of Examination: _____

Place of Examination: _____

Does the student have allergies? ___Yes ___No If yes, what allergies? _____

Does the student take medication? ___Yes ___No If yes, prescribing MD, please complete medication form.

Are all NH required immunizations up to date? (See immunization form) _____

Please list boosters given at this visit _____

Blood Pressure: _____/_____ Heart rate: _____ Height _____ Weight _____

International Students: TB (PPD): Required within 6 months of arrival on campus.

Date Planted: ____/____/____ Date Read: ____/____/____ mm induration: _____

If greater than 10mm, CXR required. CXR results: _____ Include copy of report.

Was INH therapy started? If so, please provide details.

Are there abnormalities in any of the following systems? (Please explain)

Head, eyes, ears, nose, throat _____

Vision without glasses ____/____ Vision with glasses ____/____ Wears contact lenses? ___Yes ___No

Respiratory _____

Heart _____ Murmurs (auscultation standing, supine, +/- Valsalva) _____

Gastrointestinal _____

Musculoskeletal _____

Metabolic/Endocrine _____

Neuropsychiatric _____

Skin _____

LABORATORY EXAMINATION:

I. Blood Examination

Blood Group _____

Hemoglobin _____

Hematocrit _____

WBC _____% CELL/cu.mm

PMN _____%

LYMPH _____%

MONO _____%

EOS _____%

BASO _____%

Others _____%

Blood Film

Malaria ___Negative___Positive

Microfilaria ___Negative___Positive

(for clinical suspected case only)

2. Serological Test

VDRL _____Negative___Positive

Physical Examination- Page 2

To be completed by physician

LABORATORY EXAMINATION continued

3. Urine/Urethral Examination

Urinalysis

Color _____
Sp. Gravity _____
pH _____
Sugar _____
Albumin _____
Blood _____
Bacteria _____
Others _____

Urethral discharge swab microscopic exam
(for clinical suspected case only)

Findings _____

Microscopic Exam _____

Urine Emit Test (opiate, amphetamine, marijuana) ___ Negative ___ Positive

4. Biochemical Analysis

Creatinine _____
FBS _____
Cholesterol _____
Triglyceride _____

5. Stool Examination

Parasites

E. Histolytica ___ Negative ___ Positive

Others _____

6. Chest X-Ray

Findings _____

7. Other Examination

(Suggested by clinical exam physician)

I hereby certify that the examinee _____ is:

Student Name

_____ Physically ready for study abroad and able to participate in sports.

_____ Physically ready for study abroad and able to participate in sports with the following restrictions:

_____ Physically not ready for study abroad or to participate in sports.

Physician's Name

Title

Physician's Signature

Date

Brewster Academy Summer Programs
80 Academy Drive, Wolfeboro, NH 03894

Immunization Record

The State of New Hampshire and Brewster Academy have the following immunization requirements.
All immunizations must be completed PRIOR to student's arrival on campus.
This form must be completed by a physician.

Name of student: _____ Date of Birth: _____ Sex: _____

VACCINE	DATE EACH DOSE IS GIVEN (month/day/year)				
	1 ST	2 ND	3 RD	4 TH	5 TH
Polio - OPV/IPV: 3 doses required, with the last dose after the child's 4 th birthday or 4 doses regardless of age of administration.					
DPT - Diphtheria, Tetanus, Pertussis: 4 or more doses. One dose must be after child is 4 years old.					
Hepatitis B - Three doses required. Must have at least 30 days between first and second dose.					
Tdap Booster - Tetanus, Diphtheria, Acellular Pertussis: One-time dose of Tdap after 11 years of age.					
MMR - 2 doses required. First dose MUST be after the student is 1 year old; otherwise, a third dose is required.					
Varicella - 2 doses required. First dose MUST be after the student is 1 year old; otherwise, a third dose is required. Laboratory confirmation of chicken pox disease is required.				OR date and copy of titer lab report:	
Meningococcal - 2 doses required. First dose at age 11, second after 16 years old. Indicate if Menactra or Menomune.				<input type="checkbox"/> Menactra <input type="checkbox"/> Menomune	
TB - Mantoux - within the last 6 months <i>International Students Only</i> **If 10 mm or greater, CXR required, and send a copy of report. ** If INH Therapy has been completed, please give dates:	Date Planted: _____ Date Read: _____ Mm induration: _____ _____				

List names and dates of any additional immunizations given:

Vaccine	Date

Vaccine	Date

Vaccine	Date

Is student receiving allergy injections? Yes No
If yes, and if the injections are to be continued, a doctor's SIGNED authorization and schedule is needed.

Date: _____ Signature of physician completing form: _____

Physician's name and address:

Brewster Academy Medication Information

To be completed by physician if student is on any medication.

Student Name: _____ Date of Birth: _____

Medication Allergies: _____

- Student is not taking any prescription medication.
 Student medication information is indicated below.

Doctor, please be aware that a student is required to take his/her medication as ordered. Please discuss with student and parents if medication is required on non-class days to avoid confusion and insure compliance.

Medication: _____ dose: _____ frequency: _____ route: _____

Reason for medication: _____

How long has the student been on this medication? _____

- Please check one: Med should be taken at scheduled frequency only for class and study time.
 Med should be taken at scheduled frequency every day including non-class days.

Medication: _____ dose: _____ frequency: _____ route: _____

Reason for medication: _____

How long has the student been on this medication? _____

- Please check one: Med should be taken at scheduled frequency only for class and study time.
 Med should be taken at scheduled frequency every day including non-class days.

Medication: _____ dose: _____ frequency: _____ route: _____

Reason for medication: _____

How long has the student been on this medication? _____

- Please check one: Med should be taken at scheduled frequency only for class and study time.
 Med should be taken at scheduled frequency every day including non-class days.

Printed Name of Physician: _____

Address: _____

Phone: _____ FAX _____

Physician's Signature: _____ Date: _____