

HEALTH CERTIFICATE FOR STUDENT ADMISSION AT AUBG

МЕДИЦИНСКО СВИДЕТЕЛСТВО ЗА РЕГИСТРИРАНЕ НА СТУДЕНТ В АУБ

(CONFIDENTIAL REPORT/ КОНФИДЕНЦИАЛЕН ДОКУМЕНТ)

PLEASE READ THIS FIRST:

- According to Bulgarian Legislation and AUBG Policies & Procedures the students must present this health certificate and their immunization records to the AUBG Health&Well-Being Center before they start their studies. It must be signed by the student's primary care physician (GP).
- All AUBG students have to present information about their immunizations against Poliomyelitis, Diphtheria and Tetanus, Measles, Mumps, Rubella (two immunizations with live vaccine). The most recent Td booster shot should have been administered within the last ten years.
- Data from the most recent tuberculosis test, if available, would be greatly appreciated.
- THE CONFIDENTIALITY OF PERSONAL HEALTH INFORMATION IS GUARANTEED ONLY IF THIS CERTIFICATE IS SENT TO:**

Health & Well-being Center
American University in Bulgaria
4, Sv. Bachvarova Str., Blagoevgrad 2700, Bulgaria
Or scan and send a copy to: medical@aubg.edu

For more information, please, contact us at medical@aubg.edu
or call us at +359 73 888 208 or +359 73 888 205.

МОЛЯ, ПЪРВО ПРОЧЕТЕТЕ ТОВА:

- 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. Свидетелството следва да се подпише от личния лекар на студента.
- Студентите трябва да представят информация за 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.
- Да се приложат данни от скорошен тест за туберкулоза, ако е правен.
- КОНФИДЕНЦИАЛНОСТТА НА ИНФОРМАЦИЯТА ВИ Е ГАРАНТИРАНА САМО АКО ИЗПРАТИТЕ ТОВА СВИДЕТЕЛСТВО НА АДРЕС:**

Здравен център
Американски университет в България
ул. Св. Бъчварова № 4, Благоевград 2700
или изпратете сканирано копие до: medical@aubg.edu

За информация можете да ни пишете на имейл до medical@aubg.edu или да ни се обадите на телефон: 073 888 208 или 073 888 205.

PLEASE TYPE OR WRITE IN BLOCK LETTERS. ALL FIELDS MARKED WITH * ARE MANDATORY TO FILL-IN.
МОЛЯ, ПОПЪЛНЕТЕ С ПЕЧАТНИ БУКВИ. ВСИЧКИ ПОЛЕТА ОТБЕЛЗАНИ СЪС * СЕ ПОПЪЛВАТ ЗАДЪЛЖИТЕЛНО.

Part 1. TO BE FILLED-IN BY THE STUDENT / ПОПЪЛВА СЕ ОТ СТУДЕНТА 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? ☐ Yes ☐ No FILL-IN YOUR BULGARIAN SSN _____
*ИМАТЕ ЛИ ДВОЙНО ГРАЖДАНСТВО, ЕДНО ОТ КОИТО БЪЛГАРСКО? ☐ Yes ☐ No ВПИШЕТЕ ВАШИЯ 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/ИМЕЙЛ _____

Part 2. TO BE FILLED-IN BY THE STUDENT / ПОПЪЛВА СЕ ОТ СТУДЕНТА Част 2.

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

	Yes Да	No Не		Yes Да	No Не
Heart issues/ Сърдечни проблеми			Asthma/ Астма		
Diabetes/ Диабет			Allergies to medication / Алергии към лекарства:		
Epilepsy/ Епилепсия			Other allergies / Други Алергии:		
Peptic ulcer/ Язвена болест			History of mental or emotional troubles / Психо-емоционални проблеми		
Stomach issues/ Стомачни проблеми			Other health issues/ Други здравни проблеми		
Special dietary needs/ Нужда от диетично хранене					

If any 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 даде подробна информация на допълнителна страница!

DO YOU HAVE ANY SPECIAL HEALTH NEEDS/DISABILITIES? If "Yes", PLEASE DESCRIBE! ИМАТЕ ЛИ СПЕЦИАЛНИ ЗДРАВНИ ПОТРЕБНОСТИ? АКО „ДА“, ОПИШЕТЕ!

HAD CONTAGIOUS DISEASES/ ПРЕБОЛЕДУВАНИ ЗАРАЗНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Varicella (Chicken-pox) / 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 (Whooping-cough) / Коклюш	Mo / Yr	Cholera / Холера	Mo / Yr	Salmonellosis / Салмонела	Mo / Yr
		Malaria / Малария	Mo / Yr	Dysentery (any kind) / Дизентерия	Mo / Yr
COVID-19 WITH A POSITIVE TEST С ПОЛОЖИТЕЛЕН ТЕСТ	Mo / Yr	SARS-COV-2 (COVID-19) VACCINATION/ ВАКСИНАЦИЯ Vaccine Name / Ваксина		Primary vaccination completed on: Първична ваксинация завършена на:	dd mm yy
				Last booster dose on: Последна бустерна доза на:	dd mm yy

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.

ALL FIELDS, MARKED WITH *, ARE MANDATORY ! / ВСИЧКИ ПОЛЕТА, ОТБЕЛЯЗАНИ СЪС *, СА ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ !

IMMUNIZATION RECORD / ПРОВЕДЕНИ ИМУНИЗАЦИИ

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

1. A booster 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) DD / MM / YY
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
Първа доза на 12 месеца възраст или по-късно, и втора доза направена на 13 години

OR / ИЛИ MEASLES (MORBILLI) / МОРБИЛИ

1. Immunized with live vaccine at 12 months DD / MM / YY
Имунизиран/а с жива ваксина на 12 месеца

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

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

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

4. Immunized with live vaccine at 12 months after birth DD / MM / YY
Имунизиран/а с жива ваксина на 12 месеца

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

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

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

1. Immunized with live vaccine at 12 months after birth DD / MM / YY
Имунизиран/а с жива ваксина на 12 месеца

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 преболяване!)

4. *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, a chest X-ray is required!
При положителен резултат и липса на предшестващо БЦЖ, се изисква и рентгенография на гр.кош!
X-ray result / Резултат от рентгенографията: Normal / б.о. ☐ Abnormal / Патолог.находка ☐

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

PRESENT STATUS OF HEALTH / СЕГАШНО ЗДРАВООСЛОВНО СЪСТОЯНИЕ

Please fill in the diagnosis of the chronic illnesses, allergies and disabilities in English or Latin, the administered long-term treatment and follow-up needed. Please attach additional sheet(s), if needed. / Моля, впишете всички хронични заболявания, алергии и инвалидности на английски или латински език, предписаното лечение и/или контролни прегледи. При нужда прикрепете допълнителен лист.

Please type or write in block letters./ Моля, пишете с печатни букви.

*Primary Care Physician (GP)/ Личен лекар: _____
License # / Регистрационен № _____ Country / Държава _____
*Office Address / Адрес на практиката: _____ City / Град _____
Street/ Улица _____ ZIP/ Пощенски код _____ *Phone / Тел. _____

I hereby declare that I have reviewed the patient's answers and completed the remaining required information to the best of my knowledge./
Декларирам, че лично проверих данните, попълнени от студента, и гарантирам, че както те, така и попълнената от мен информация са достоверни в рамките на моята осведоменост.

*Signature of the physician/Подпис на лекаря: _____ *Date/Дата: (mm/dd/yyyy) ____/____/____

***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 the persons identified as emergency contact can be notified. I hereby state that the above information is true and give permission to the Health and Well-being Center to release information to the Dean of Students, Campus Counselor and to health care providers or facilities who are included in my treatment.

***СЪГЛАСИЕ ЗА СПЕШНО ЛЕЧЕНИЕ:**

В случай на злополука или спешно състояние, при което аз не съм в състояние да дам съгласие за лечението си, упълномощавам АУБ при спешност да потърси и контролира медицинска помощ от мое име докато се установи контакт с посочените от мен лица за контакт. Декларирам, че се съгласявам Здравният 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.

Student's Signature / Подпис на студента/студентката: _____

Date/Дата: (mm/dd/yyyy): ____/____/____

Parent's/Guardian's Signature (required if the student is under 18 years of age): _____

Подпис на родителя/настойника (ако студентът е под 18 г.) _____

Date/Дата: (mm/dd/yyyy): ____/____/____

TO BE FILLED-IN BY THE STUDENT'S PRIMARY CARE PHYSICIAN (GP). Please review the patient's answers on the previous page and make necessary comments in Part 4. Fill-in all immunizations according to patient's immunization records./ ПОПЪЛВА СЕ ОТ СЕМЕЙНИЯ ЛЕКАР! Моля, проверете отговорите на пациента от предишния страници и при необходимост направяете коментари в Част 4. Попълнете данните за имунизации в съответствие с имунизационния паспорт на пациента.