

# Xin Điền Mẫu Này để Chúng Tôi Có Thể Giúp Quý Vị

## Please Complete This Form So We Can Help You

Quý vị giữ tờ giấy này. Nhân viên sẽ đến xem giấy trong chốc lát.  
Keep this paper with you. A staff person will look at your paper soon.

**Tên bệnh nhân** Patient's name \_\_\_\_\_

Nữ Female  Nam Male

Tuổi Age \_\_\_\_\_

Trọng lượng Weight \_\_\_\_\_ ký/cân Anh kilograms/pounds

### Ai điền vào mẫu này?

- Tôi, bệnh nhân
- Người trong gia đình bệnh nhân hay bạn
- Người thông dịch cho bệnh nhân

### Who is filling out this form?

- Me, the patient
- Patient's family member or friend
- An interpreter for the patient

### Lý do quý vị đến đây?

- Tôi bị bệnh hay bị thương tích do cơn thảm họa
- Tôi bị bệnh hay bị thương tích không phải do cơn thảm họa
- Tôi đến đây để giúp đỡ hay tìm người thân trong gia đình

### Why are you here?

- I am ill or injured because of a disaster
- I am ill or injured but not because of a disaster
- I am here to help or look for a family member

### Quý vị có mang thai không?

- Có
- Tôi đang chuyển dạ đẻ
- Không
- Tôi không chắc

### Are you pregnant?

- Yes
- I am in labor
- No
- I am not sure

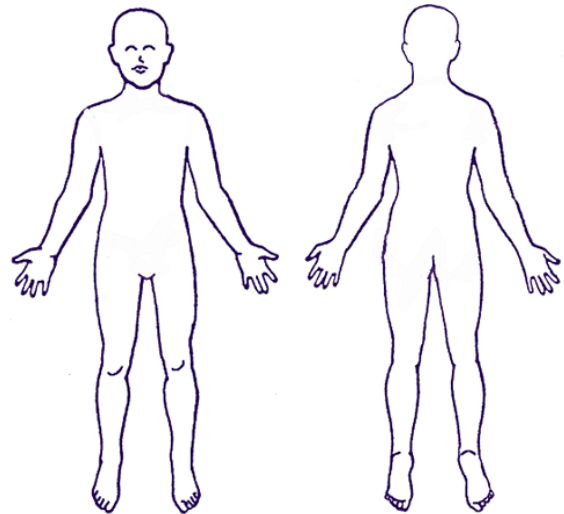
### Quý vị đang gặp phải vấn đề gì?

Đánh dấu tất cả các ô thích hợp.

- Tôi đang bị khó thở
- Tôi đang bị đau ngực, tức ngực hay khó chịu
- Tôi bị chảy máu
- Tôi nhức đầu nhiều
- Tôi cảm thấy chóng mặt hay xây xẩm
- Tôi không thấy rõ
- Tôi không nghe được
- Tôi bị gãy xương
- Da tôi bị phỏng
- Da tôi nổi mẩn, sưng hay mẩn đỏ
- Tôi cảm thấy tê hay tê rần
- Tôi buồn nôn, ói mửa hay tiêu chảy
- Tôi bị chảy nước mũi, ho hay sốt

### Đánh dấu vào nơi quý vị bị đau ở hình bên.

Mark on these figures where you feel pain.



### Đánh dấu vào bệnh hay tình trạng nào quý vị đang có hay đã có trước đây.

- Bệnh suyễn
- Bệnh tiểu đường
- Bệnh tim
- Viêm gan
- Cao huyết áp
- Chống miễn nhiễm từ HIV, ung thư hay lý do khác
- Đột quỵ

### What problems are you having?

Mark all that apply.

- I am having trouble breathing
- I am having chest pain, pressure or discomfort
- I am bleeding
- I have a severe headache
- I feel dizzy or lightheaded
- I am having problems seeing
- I cannot hear
- I have a broken bone
- My skin is burning
- I have a skin rash, swelling or redness
- I feel numbness or tingling
- I have nausea, vomiting or diarrhea
- I have a runny nose, cough or a fever

### Mark any diseases or conditions you have or have had in the past.

- Asthma
- Diabetes
- Heart disease
- Hepatitis
- High blood pressure
- Immunosuppression from HIV, cancer or other reason
- Stroke

**Đánh dấu loại thuốc quý vị đang uống.**

- Thuốc tim
- Thuốc huyết áp
- Thuốc loãng máu như Coumadin
- Thuốc về hô hấp
- Insulin
- Các loại thuốc mua tự do khác như thuốc tiêu hóa, thuốc nhuận tràng hay thuốc đau nhức

**Đánh dấu vào loại dị ứng quý vị mắc phải.**

- Sản phẩm từ sữa như trứng hay sữa
- Hải sản
- Thuốc nhuộm hay iot
- Aspirin
- Penicillin
- Moocphin
- Sulfa
- Nhựa mủ
- Loại khác \_\_\_\_\_

**Mark any medicines you are taking.**

Heart medicines  
Blood pressure medicines  
Blood thinners such as Coumadin  
Breathing medicines  
Insulin  
Other over the counter medicines such as antacids, laxatives or pain medicines

**Mark any allergies you have.**

Dairy products such as eggs or milk  
Seafood  
Dye or iodine  
Aspirin  
Penicillin  
Morphine  
Sulfa  
Latex  
Other \_\_\_\_\_

Mass Casualty Form. Vietnamese.

7/2007. Content developed through a partnership of the Central Ohio Trauma System, the Columbus Medical Association Foundation, Columbus Public Health, Franklin County Board of Health, Mount Carmel Health, Ohio State University Medical Center and OhioHealth, Columbus, Ohio. Available for use as a public service without copyright restrictions at [www.healthinfotranslations.org](http://www.healthinfotranslations.org).