

**DỮ KIẾN VỀ NGƯỜI MẸ RUỘT**

TÊN HỌ CỦA ĐỨA TRẺ		SỐ HỒ SƠ
TÊN NHÂN VIÊN PHỤ TRÁCH HỒ SƠ		TÊN CƠ QUAN

**HƯỚNG DẪN CÁCH ĐIỀN:**

- Viết rõ ràng bằng chữ in - dùng bút mực.
- Điền tất cả các khoản. Nếu quý vị không biết câu trả lời cho một khoản nào đó, xin để là “không rõ”.
- Mẫu AD 67A được chia thành hai phần riêng biệt. Mục I bao gồm dữ kiện để “nhận biết lý lịch” và sẽ được giữ kín. Không có dữ kiện nào trong đây sẽ được tiết lộ cho đứa trẻ quý vị cho làm con nuôi hoặc (các) cha mẹ nuôi của cháu trừ khi quý vị cho phép chúng tôi bằng văn bản để được quyền tiết lộ các dữ kiện đó. Mục II bao gồm các dữ kiện “không nhận biết lý lịch”. Luật cho nhận con nuôi của California quy định phải cung cấp một phó bản của Mục II bao gồm các thông tin về y tế, tâm lý và xã hội cho (các) cha mẹ nuôi của con quý vị trước khi hoàn tất thủ tục cho nhận con nuôi và thể theo yêu cầu bằng văn bản của đứa con nuôi khi cháu đủ 18 tuổi.
- Toàn bộ dữ kiện được yêu cầu trên mẫu này đều quan trọng để hoàn tất thủ tục cho nhận con nuôi của quý vị.

**MỤC I – DỮ KIẾN ĐỂ NHẬN BIẾT LÝ LỊCH CỦA NGƯỜI MẸ RUỘT**

Dữ kiện này sẽ được bảo mật trừ khi quý vị cung cấp văn bản cho phép tiết lộ thông tin.

**A. TÊN/ĐỊA CHỈ**

TÊN MẸ RUỘT (TÊN, TÊN LÓT, HỌ)		TÊN KHI CHƯA LẬP GIA ĐÌNH		CÁC TÊN KHÁC ĐƯỢC BIẾT ĐẾN	
SỐ AN SINH XÃ HỘI	SỐ BẰNG LÁI XE	NGÀY SINH (THÁNG, NGÀY, NĂM)	NƠI SINH (THÀNH PHỐ, TIỂU BANG, QUỐC GIA)		
ĐỊA CHỈ HIỆN TẠI (SỐ NHÀ, TÊN ĐƯỜNG, THÀNH PHỐ, TIỂU BANG, SỐ ZIP)					SỐ ĐIỆN THOẠI ( )
ĐỊA CHỈ LIÊN LẠC THƯ TÍN THƯỜNG XUYẾN (SỐ NHÀ, TÊN ĐƯỜNG, THÀNH PHỐ, TIỂU BANG, SỐ ZIP) *					SỐ ĐIỆN THOẠI CỐ ĐỊNH ( )
CÁC GIỚI HẠN TRONG VIỆC SỬ DỤNG ĐỊA CHỈ LIÊN LẠC THƯ TÍN THƯỜNG XUYẾN, NẾU CÓ					

**B. CHA MẸ CỦA NGƯỜI MẸ RUỘT (Cha mẹ đã nuôi dưỡng quý vị)**

TÊN BA NGOẠI (TÊN, TÊN LÓT, HỌ)			TÊN ÔNG NGOẠI (TÊN, TÊN LÓT, HỌ)		
ĐỊA CHỈ	ĐƯỜNG	THÀNH PHỐ	ĐỊA CHỈ	ĐƯỜNG	THÀNH PHỐ
TIỂU BANG	SỐ ZIP		TIỂU BANG	SỐ ZIP	
MẸ CỦA QUÝ VỊ CÓ BIẾT VỤ CHO CON NUÔI NÀY KHÔNG? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> KHÔNG RÕ			CHA CỦA QUÝ VỊ CÓ BIẾT VỤ CHO CON NUÔI NÀY KHÔNG? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> KHÔNG RÕ		
NẾU SAU NÀY CHÚNG TÔI CẦN TÌM QUÝ VỊ, CHÚNG TÔI CÓ THỂ LIÊN LẠC VỚI MẸ CỦA QUÝ VỊ ĐỂ NHỜ TRỢ GIÚP KHÔNG? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG			NẾU SAU NÀY CHÚNG TÔI CẦN TÌM QUÝ VỊ, CHÚNG TÔI CÓ THỂ LIÊN LẠC VỚI CHA CỦA QUÝ VỊ ĐỂ NHỜ TRỢ GIÚP KHÔNG? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG		

**C. HUYẾT THỐNG CỦA TRẺ VỊ THÀNH NIÊN**

TÊN CHA RUỘT CỦA ĐỨA TRẺ (TÊN, TÊN LÓT, HỌ)	SỐ ĐIỆN THOẠI CỐ ĐỊNH ( )
ĐỊA CHỈ CUỐI CÙNG BIẾT ĐƯỢC (SỐ NHÀ/TÊN ĐƯỜNG, THÀNH PHỐ, TIỂU BANG, QUỐC GIA NẾU Ở NGOÀI NƯỚC MỸ)	
Quý vị và người cha ruột của đứa trẻ có từng tìm cách kết hôn? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	
Nếu có, xin giải thích _____	

**D. QUÁ TRÌNH VỀ HÔN NHÂN**

1. Quý vị hiện có kết hôn không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Nếu có, người phối ngẫu của quý vị tên gì? _____ (TÊN, TÊN LÓT, HỌ)	
Địa chỉ của họ là gì? _____	
NƠI KẾT HÔN HIỆN TẠI (THÀNH PHỐ, QUẬN, TIỂU BANG)	
NƠI KẾT HÔN (THÀNH PHỐ, QUẬN, TIỂU BANG)	NGÀY KẾT HÔN (THÁNG, NGÀY, NĂM)

\* LƯU Ý: Điều quan trọng là quý vị phải thông báo cho Bộ Dịch Vụ Xã Hội California về bất cứ thay đổi nào trong địa chỉ liên lạc thư tín thường xuyên của quý vị.

2. Quý vị đã có những lần kết hôn khác không?  Có  Không Nếu có, xin trả lời phần sau đây:

TÊN HỌ CỦA NGƯỜI PHỐI NGẦU TRƯỚC	NƠI CẤP GIẤY HÔN THỨ	NGÀY VÀ NƠI ĐÃ KẾT HÔN	NGÀY VÀ NƠI ĐÃ LY DỊ	NẾU NGƯỜI PHỐI NGẦU ĐÃ CHẾT, CHO BIẾT NGÀY VÀ NƠI CHẾT	SỐ CON SINH RA TRONG LẦN KẾT HÔN NÀY
1.					
2.					
3.					
4.					

### E. NHỮNG NGƯỜI CON KHÁC

Quý vị có còn đứa con nào khác ngoài trẻ sẽ được cho làm con nuôi không? .....  Có  Không  
 Nếu có, xin điền phần dưới đây:

TÊN HỌ CỦA ĐỨA TRÉ	GIỚI TÍNH		ĐÁNH DẤU (✓) NẾU CÓ QUAN HỆ RUỘT THỊT VỚI TRÉ ĐEM CHO LÀM CON NUÔI		NGÀY SINH CỦA ĐỨA TRÉ	NGƯỜI NÀO ĐANG CHĂM SÓC ĐỨA TRÉ NÀY? (Ghi rõ mối liên hệ của người chăm sóc với đứa trẻ)
	NAM	NỮ	CÙNG CHA MẸ	KHÁC CHA/ KHÁC MẸ		
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

### F. TỔ TIÊN GỐC THỔ DÂN HOA KỲ (PHẢI ĐIỀN MẪU ICWA-020)

Có người nào trong gia đình quý vị thuộc bên ngoại hay bên nội có Tổ Tiên Gốc Thổ Dân Hoa Kỳ (da đỏ) không? .....  Có  Không  
 Nếu có, (các) bộ lạc nào? ..... (Các) bộ lạc này ở đâu: .....

Quý vị hay cha/mẹ của quý vị hiện có đăng ký với bộ lạc này không hoặc có tổ tiên nào khác đã từng đăng ký với bộ lạc này không?  Có  Không  
 Nếu có, (các) số ghi danh của quý vị hay của họ là gì? .....

Quý vị, cha mẹ, ông bà hay tổ tiên nào khác của quý vị đã từng có giấy Chứng Nhận về Mức Độ Huyết Thống Da Đỏ (CDIB) không?  Có  Không  
 Nếu có, xin đính kèm một bản sao của giấy chứng nhận CDIB vào bản câu hỏi này.

### G. THAM VẤN VỀ TÂM LÝ

Đã có khi nào quý vị đến gặp một nhà tâm lý học, bác sĩ tâm thần, cán sự xã hội, nhà điều trị sức khoẻ tâm thần hay sức khoẻ hành vi về bất cứ những vấn đề nào về tình cảm hoặc tâm lý hay thái độ mà quý vị có thể đã có hay không?.....  Có  Không  
 Nếu có, xin điền phần dưới đây:

(NHỮNG) NGÀY VÀ CÁC LÝ DO ĐIỀU TRỊ

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TÊN BÁC SĨ CHUYÊN KHOA VÀ/HOẶC CƠ QUAN ĐIỀU TRỊ

\_\_\_\_\_

ĐỊA ĐIỂM

\_\_\_\_\_

GHI RA CÁC LOẠI THUỐC QUÝ VỊ ĐƯỢC CẤP TRONG THỜI GIAN ĐIỀU TRỊ

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

LÝ DO NGỪNG DÙNG THUỐC NẾU KHÔNG CÒN ĐIỀU TRỊ NỮA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## H. NHỮNG CÂU HỎI VỀ VIỆC CHO CON LÀM CON NUÔI (Chỉ cho các vụ Tự Sắp Xếp Cho Nhận Con Nuôi)

1. Quý vị có luật sư đại diện trong vụ cho nhận con nuôi này? .....  Có  Không
2. Luật sư của quý vị cũng đại diện cho (những) người cha/mẹ nhận con nuôi? .....  Có  Không  Không rõ
3. Ai đã thanh toán các chi phí cho lần mang thai này, bao gồm cả chăm sóc tiền sản, sinh nở và bất kỳ chi phí nào khác? .....
4. (Những) người cha/mẹ nhận con nuôi đã có trả chi phí sinh sống nào cho quý vị không? .....  Có  Không  
Họ đã trả bao nhiêu tiền? \$ .....
5. Luật cho nhận con nuôi của California quy định rằng cha mẹ ruột nào cho con làm con nuôi phải hiểu biết về cá nhân của (những) người cha/mẹ nhận con nuôi. Xin cho biết nếu quý vị có bất kỳ dữ kiện nào sau đây về (những) người cha/mẹ nhận con nuôi:  
Tên họ hợp pháp đầy đủ .....  Có  Không  
Tuổi .....  Có  Không  
Tôn giáo .....  Có  Không  
Chủng tộc hay sắc tộc .....  Có  Không  
Khoảng thời gian kết hôn hiện tại .....  Có  Không  
Số lần kết hôn trước đây .....  Có  Không  
Khu vực cư trú tổng quát (nếu có yêu cầu, cho biết địa chỉ của họ) .....  Có  Không  
Việc làm .....  Có  Không  
Các con hay người trưởng thành khác có sống trong nhà của họ không .....  Có  Không  
Các con không sống trong nhà của họ .....  Có  Không  
Có bất kỳ nghĩa vụ cấp dưỡng nào đối với những trẻ này không? .....  Có  Không  
Có bất kỳ lần nào không chu toàn nghĩa vụ cấp dưỡng không? .....  Có  Không  
Những tình trạng sức khoẻ giới hạn hoạt động bình thường hàng ngày hoặc làm giảm tuổi thọ bình thường? .....  Có  Không  
Bất cứ tiền sử bị bắt giam và kết án nào vì bất cứ tội gì ngoại trừ những vi phạm giao thông nhỏ? .....  Có  Không  
Bất cứ lần nào bị tước quyền chăm sóc con cái vì bạo hành hoặc bỏ rơi con cái? .....  Có  Không
6. Quý vị muốn có hoặc cần biết thêm dữ kiện gì liên quan đến (những) người cha/mẹ nhận con nuôi không? .....
7. Quý vị từng gặp (những) người cha/mẹ nhận con nuôi này? .....  Có  Không
8. Nếu có, sự quen biết giữa quý vị và họ ở mức độ nào? .....

CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI MẸ RUỘT

NGÀY HOÀN TẤT MẪU NÀY

Các dữ kiện trên đây được cung cấp bởi: (Đánh dấu vào ô tương ứng)

Người mẹ ruột  Người cha ruột  Người khác (giải thích) .....

TÊN HỌ CỦA ĐỨA TRẺ	SỐ HỒ SƠ
TÊN NHÂN VIÊN PHỤ TRÁCH HỒ SƠ	TÊN CƠ QUAN

## MỤC II – DỮ KIỆN KHÔNG NHẬN BIẾT LÝ LỊCH CỦA NGƯỜI MẸ RUỘT

Dữ kiện này sẽ được tiết lộ cho (những) người cha/mẹ nhận con nuôi và có thể sẽ được tiết lộ cho đứa con của quý vị. Xin trả lời thật đầy đủ tất cả các câu hỏi.

### CÁC ĐẶC ĐIỂM VỀ NGƯỜI MẸ RUỘT VÀO LÚC SINH ĐỨA CON ĐƯỢC CHO LÀM CON NUÔI

#### A. DỮ KIỆN TỔNG QUÁT VÀ CHI TIẾT MÔ TẢ THỂ LỰC

CHIỀU CAO	CÂN NẶNG THÔNG THƯỜNG	MÀU MẮT	MÀU DA	MÀU TÓC TỰ NHIÊN	CẤU TẠO TỰ NHIÊN CỦA TÓC (ĐÁNH DẤU TẤT CẢ CÁC Ồ TƯƠNG ỨNG) <input type="checkbox"/> MỊN <input type="checkbox"/> TRUNG BÌNH <input type="checkbox"/> THỎ <input type="checkbox"/> THẲNG <input type="checkbox"/> DỌN SÓNG <input type="checkbox"/> QUẪN <input type="checkbox"/> SÓI (HỎI)
NGÀY SINH (CHỈ GHI NĂM)	NƠI SINH (CHỈ GHI TIỂU BANG)	LOẠI MÁU	NHÂN TỐ RH	LOẠI CƠ THỂ <input type="checkbox"/> NHỎ XƯƠNG <input type="checkbox"/> XƯƠNG TRUNG BÌNH <input type="checkbox"/> TO XƯƠNG	QUÝ VỊ THUẬN TAY PHẢI? <input type="checkbox"/> QUÝ VỊ THUẬN TAY TRÁI? <input type="checkbox"/>

#### CHUNG TỘC/NHÓM SẮC TỘC:

- Da trắng     Châu Mỹ Latinh     Phi Luật Tân     Da đen     Á Châu hay Quần Đảo Thái Bình Dương  
 Thổ dân Hoa Kỳ hay Alaska     Chung tộc/sắc tộc khác (Ghi rõ) \_\_\_\_\_

Nếu là Thổ dân Hoa Kỳ hay Alaska, xin ghi rõ tên bộ lạc và mức độ huyết thống thổ dân (nếu biết) \_\_\_\_\_

GHI RÕ NGUỒN GỐC QUỐC TỊCH (THÍ DỤ: ÁI NHĨ LAN, PHÁP, ĐỨC, TRUNG HOA, MỸ TÂY CƠ, NIGERIAN)

#### B. HỌC VẤN

LỚP CUỐI ĐÃ HỌC XONG	HIỆN ĐANG ĐI HỌC? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	HẠNG ĐIỂM THÔNG THƯỜNG Ơ TRƯỞNG	CÁC MÔN ĐƯỢC HUẤN LUYỆN ĐÀO TẠO KHÁC
----------------------	---	---------------------------------	--------------------------------------

HOẠT ĐỘNG NGOẠI KHOẢ

CÁC MÔN MUỐN HỌC

#### C. NGHỀ NGHIỆP

NGHỀ NGHIỆP HIỆN TẠI	LÀM ĐƯỢC BAO LÂU?	NGHỀ NGHIỆP THƯỜNG LÀM?
----------------------	-------------------	-------------------------

MỤC TIÊU NGHỀ NGHIỆP CỦA QUÝ VỊ LÀ GÌ? (THÍ DỤ: TRỞ THÀNH NHÀ GIÁO, THỢ HÀN, NHÂN VIÊN BÁN HÀNG)

#### D. CÁ TÍNH

MÔ TẢ CÁ TÍNH CỦA QUÝ VỊ VỀ CÁC PHƯƠNG DIỆN CƯ XỬ THÔNG THƯỜNG, THÁI ĐỘ, TÂM TRẠNG, CÁC SINH HOẠT THƯỜNG THAM GIA, LOẠI NGƯỜI QUÝ VỊ THÍCH GIAO DU, V.V.

MÔ TẢ CÁC NĂNG KHIẾU, THÚ TIỂU KHIỂN VÀ MỤC ĐÍCH TRONG CUỘC SỐNG

MÔ TẢ QUÝ VỊ NHƯ THẾ NÀO THUỞ NHỎ



**F. QUÁ TRÌNH KINH NGUYỆT CỦA NGƯỜI MẸ RUỘT VÀ QUÁ TRÌNH THAI NGHÉN ĐỨA TRẺ NÀY**

<b>1. QUÁ TRÌNH KINH NGUYỆT</b>	QUÝ VỊ BAO NHIÊU TUỔI KHI BẮT ĐẦU CÓ KINH NGUYỆT?	KINH NGUYỆT CỦA QUÝ VỊ THƯỜNG KÉO DÀI BAO LÂU?	KINH NGUYỆT CÓ ĐỀU KHÔNG? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	SỐ NGÀY CỦA CHU KỲ
---------------------------------	---	--	---	--------------------

QUÝ VỊ CÓ TRỞ NGẠI GÌ VỀ KINH NGUYỆT KHÔNG?  
 CÓ     KHÔNG    NẾU CÓ, XIN GIẢI THÍCH \_\_\_\_\_

<b>2. LẦN THAI NGHÉN NÀY</b>	TÊN VÀ ĐỊA CHỈ CỦA BÁC SĨ SẢN KHOA ĐÃ CHĂM SÓC TIỀN SẢN CHO QUÝ VỊ	
	TÊN BÁC SĨ SẢN KHOA	ĐỊA CHỈ

SỰ CHĂM SÓC TIỀN SẢN BẮT ĐẦU TỪ KHI NÀO?	QUÝ VỊ BAO NHIÊU TUỔI KHI THỤ THAI?	SỐ TUẦN LỄ MANG THAI LẦN NÀY?	SỐ CON SINH RA: <input type="checkbox"/> MỘT CON <input type="checkbox"/> NHIỀU CON <input type="checkbox"/> NẾU NHIỀU, BAO NHIÊU?
--	-------------------------------------	-------------------------------	---

CÓ BIẾN CHỨNG NÀO TRONG LẦN MANG THAI NÀY KHÔNG?  CÓ     KHÔNG    NẾU CÓ, XIN GIẢI THÍCH \_\_\_\_\_

QUÝ VỊ CÓ SINH NGƯỜI CON NÀO KHÁC KHÔNG?  CÓ     KHÔNG    NẾU CÓ, MẤY NGƯỜI CON? \_\_\_\_\_

<b>3. BỆNH TRẠNG TRONG LẦN THAI NGHÉN NÀY</b>	SỜÌ ĐỨC..... <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	BỆNH TRUYỀN NHIỄM QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC: <input type="checkbox"/> MỤN GIỘP <input type="checkbox"/> BỆNH LẬU <input type="checkbox"/> BỆNH GIANG MAI	SIÊU VI (THÍ DỤ: CÚM).... <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
	NHIỄM TRÙNG ..... <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	<input type="checkbox"/> CHLAMYDIA <input type="checkbox"/> MỤN CỐC SINH DỤC	TAI NẠN ..... <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG

NẾU TRẢ LỜI CÓ CHO MỘT ĐIỀU NÀO TRÊN ĐÂY, GHI RÕ (CÁC) BỆNH TRẠNG, (CÁC) NGÀY VÀ HÌNH THỨC CHỮA TRỊ?

**4. DƯỢC PHẨM/MA TUÝ SỬ DỤNG TRONG KHI CÓ THAI, VÀ TRONG VÒNG MỘT NĂM TRƯỚC LẦN MANG THAI NÀY**

a. Các thứ thuốc theo toa: [Ghi (các) tên thuốc]	SỬ DỤNG TRONG LẦN MANG THAI NÀY		SỬ DỤNG TRONG VÒNG MỘT NĂM TRƯỚC KHI MANG THAI		KHI NÀO?	BAO LÂU DÙNG MỘT LẦN?	LIỀU LƯỢNG?
	(Đánh dấu 4 vào cột thích ứng)						
	CÓ	KHÔNG	CÓ	KHÔNG			
1.							
2.							
3.							
4.							
<b>b. Các thứ thuốc không cần toa: [Bao gồm aspirin, thuốc nhỏ mũi, v.v.]</b>							
1.							
2.							
3.							
4.							
<b>c. Rượu và các chất gây nghiện khác:</b>							
1. Rượu (rượu vang, bia, v.v.)							
2. Amphetamines (kích thích thần kinh)							
3. Barbiturates (làm dịu thần kinh)							
4. Thuốc lá							
5. Cocaine (bạch phiến)							
6. Crack (bạch phiến dạng cứng, nồng độ thấp hơn)							
7. Heroin (á phiện)							
8. LSD (ma túy gây ảo giác)							
9. PCP (ma túy gây ảo giác)							
10. Marijuana (cần sa)							
11. Loại khác (ghi rõ)							

Quý vị đã từng dùng ma túy theo cách tiêm (chích)?  CÓ     KHÔNG

## G. QUÁ TRÌNH SỨC KHOẺ CÁ NHÂN

MÔ TẢ SỨC KHOẺ TỔNG QUÁT CỦA QUÝ VỊ

QUÝ VỊ ĐÃ BỊ CÁC CHỨNG BỆNH GÌ Ở TUỔI THƠ?

- BỆNH SỞI:  BỆNH SỞI (3 NGÀY)  BỆNH QUẠI BỊ  DỊCH PHẢN HOA  NHIỄM TRÙNG TAI  BỆNH SỐT THẤP KHỚP  BỆNH HO GÀ  
 BỆNH SỞI (2 TUẦN)  BỆNH THUỶ ĐẬU  BỆNH BAN ĐÀO  BỆNH VIÊM NÃO  BỆNH TIẾNG THỔI TIM  NHIỄM TRÙNG ĐƯỜNG TIỂU  
 BỆNH SUYỄN  BỆNH VIÊM MÀNG NÃO  BỆNH TINH HỒNG NHIỆT  BỆNH KHÁC (*Ghi rõ*) \_\_\_\_\_

CÓ QUA CUỘC GIẢI PHẪU QUAN TRỌNG NÀO KHÔNG?  CÓ  KHÔNG

NẾU CÓ, GIẢI PHẪU VÌ TÌNH TRẠNG GÌ VÀ KHI NÀO? \_\_\_\_\_

QUÝ VỊ CÓ PHẢI LÀ MỘT:

- TRẺ SINH ĐÔI  TRẺ SINH BA  NHIỀU HƠN SINH BA

CÓ PHẢI QUÝ VỊ LÀ MỘT TRONG CẤP SONG SINH:

- GIỐNG HẾT NHAU  KHÔNG GIỐNG NHAU

## H. TIỂU SỬ GIA ĐÌNH

CÓ PHẢI QUÝ VỊ HAY MỘT THÂN NHÂN TRỰC HỆ NÀO TRONG GIA ĐÌNH QUÝ VỊ LÀ CON NUÔI KHÔNG?  CÓ  KHÔNG

NẾU CÓ, XIN CHO BIẾT NGƯỜI ĐÓ LÀ AI \_\_\_\_\_

	CHA RUỘT CỦA QUÝ VỊ		MẸ RUỘT CỦA QUÝ VỊ	
	CHIỀU CAO	CÂN NẶNG	CHIỀU CAO	CÂN NẶNG
Tuổi hiện nay				
Nếu qua đời, tuổi khi chết				
Nguyên nhân chết				
Chiều cao và cân nặng	CHIỀU CAO	CÂN NẶNG	CHIỀU CAO	CÂN NẶNG
Màu tóc và cấu tạo của tóc				
Màu mắt				
Màu da				
Thuận tay trái hay tay phải				
Các đặc điểm nổi bật				
Trình độ học vấn				
Nghề nghiệp				
Chủng tộc/nhóm sắc tộc	<input type="checkbox"/> DA TRẮNG <input type="checkbox"/> MỸ LATINH <input type="checkbox"/> DA ĐEN <input type="checkbox"/> PHI LUẬT TÂN <input type="checkbox"/> Á CHÂU HAY QUẦN ĐẢO THÁI BÌNH DƯƠNG <input type="checkbox"/> CHÙNG TỘC KHÁC ( <i>Ghi rõ</i> ) <input type="checkbox"/> THỔ DÂN HOA KỲ HAY ALASKA		<input type="checkbox"/> DA TRẮNG <input type="checkbox"/> MỸ LATINH <input type="checkbox"/> DA ĐEN <input type="checkbox"/> PHI LUẬT TÂN <input type="checkbox"/> Á CHÂU HAY QUẦN ĐẢO THÁI BÌNH DƯƠNG <input type="checkbox"/> CHÙNG TỘC KHÁC ( <i>Ghi rõ</i> ) <input type="checkbox"/> THỔ DÂN HOA KỲ HAY ALASKA	
Quốc tịch				
Tôn giáo				
Người cha/mẹ này có biết việc quý vị mang thai đứa trẻ này không?	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG		<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	
Người này có bao nhiêu anh chị em?				
Nếu có người cô/dì hoặc chú/bác/cậu nào của quý vị đã chết, cho biết tuổi và nguyên nhân chết				
	ÔNG BÀ NỘI CỦA QUÝ VỊ		ÔNG BÀ NỘI CỦA QUÝ VỊ	
	ÔNG NỘI	BÀ NỘI	ÔNG NỘI	BÀ NỘI
Tuổi				
Nếu qua đời, tuổi khi chết và nguyên nhân chết				
Mô tả tướng mạo, vóc dáng				
Chiều cao và cân nặng	CHIỀU CAO	CÂN NẶNG	CHIỀU CAO	CÂN NẶNG
Các đặc điểm nổi bật				
Trình độ học vấn				
Nghề nghiệp hiện nay hay trước kia				
Người này có biết việc mang thai đứa trẻ này không?	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG		<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	

**H. QUÁ TRÌNH VỀ GIA ĐÌNH (TIẾP THEO)****CÁC ANH, CHỊ, EM CỦA QUÝ VỊ***(Nếu quý vị có hơn 4 anh chị em, xin viết thêm ra một tờ giấy khác)*

	1		2		3		4	
Giới tính (Nam hay Nữ)								
Tuổi								
Nếu qua đời, tuổi khi chết và nguyên nhân chết								
Anh, chị, em ruột hay anh, chị, em khác cha hoặc khác mẹ với quý vị?	<input type="checkbox"/> RUỘT <input type="checkbox"/> KHÁC CHA/ KHÁC MẸ		<input type="checkbox"/> RUỘT <input type="checkbox"/> KHÁC CHA/ KHÁC MẸ		<input type="checkbox"/> RUỘT <input type="checkbox"/> KHÁC CHA/ KHÁC MẸ		<input type="checkbox"/> RUỘT <input type="checkbox"/> KHÁC CHA/ KHÁC MẸ	
Chiều cao và cân nặng	CHIỀU CAO	CÂN NẶNG	CHIỀU CAO	CÂN NẶNG	CHIỀU CAO	CÂN NẶNG	CHIỀU CAO	CÂN NẶNG
Màu tóc và cấu tạo của tóc								
Màu mắt								
Màu da								
Thú tiêu khiển và tài năng								
Lớp cuối đã học xong								
Hiện đang đi học?	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG
Nghề nghiệp								
Có biết về việc mang thai đứa trẻ này không?	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG
Tình trạng hôn nhân								
Số con họ có								
Sức khoẻ các con của họ								

**NHỮNG NGƯỜI CON KHÁC CỦA QUÝ VỊ***(Nếu quý vị có hơn 4 người con, xin viết thêm ra một tờ giấy khác)*

	CON #1		CON #2		CON #3		CON #4	
Ghi rõ con trai hay con gái								
Ngày sinh hay tuổi								
Người con này là anh, chị, em ruột hay anh, chị, em khác cha hoặc khác mẹ với đứa trẻ đem cho làm con nuôi?	<input type="checkbox"/> RUỘT <input type="checkbox"/> KHÁC CHA/ KHÁC MẸ		<input type="checkbox"/> RUỘT <input type="checkbox"/> KHÁC CHA/ KHÁC MẸ		<input type="checkbox"/> RUỘT <input type="checkbox"/> KHÁC CHA/ KHÁC MẸ		<input type="checkbox"/> RUỘT <input type="checkbox"/> KHÁC CHA/ KHÁC MẸ	
Nếu qua đời, tuổi khi chết								
Nguyên nhân chết								
Chiều cao và cân nặng	CHIỀU CAO	CÂN NẶNG	CHIỀU CAO	CÂN NẶNG	CHIỀU CAO	CÂN NẶNG	CHIỀU CAO	CÂN NẶNG
Màu tóc và cấu tạo của tóc								
Màu mắt								
Màu da								
Thuận tay trái hay tay phải								
Đang học lớp mấy								
Người con này có sống chung với quý vị không?	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG
Thú tiêu khiển và tài năng								
Sức khoẻ tổng quát								
Giải phẫu quan trọng đã có								
Các vấn đề sức khoẻ								
Người con này có biết về việc mang thai đứa trẻ này không?	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG	<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG



## I. QUÁ TRÌNH SỨC KHỎE CỦA QUÝ VỊ, CHA MẸ CỦA QUÝ VỊ, VÀ THÂN NHÂN KHÁC

Cho biết rõ bằng cách đánh dấu vào ô thích hợp nếu QUÝ VỊ hay bất kỳ THÂN NHÂN nào (như cha/mẹ, anh/chị/em, cô/dì, chú/bác/cậu, ông/bà của quý vị, các con khác của quý vị, v.v.) đã hoặc đang có các bệnh trạng liệt kê dưới đây. Ghi rõ mối liên hệ của người đó đối với quý vị. Xin điền đầy đủ mục "Chú Thích". Nếu một bệnh trạng dẫn đến tử vong cho một người trong gia đình, xin ghi rõ vào mục "Chú Thích" tuổi độ chừng của người đó lúc qua đời.

BỆNH TRẠNG	KHÔNG	Không Rõ	CÓ Bản thân	CÓ - THÂN NHÂN (Ghi rõ mối liên hệ)	CHÚ THÍCH
<b>A. SUY YẾU BẨM SINH:</b>					
1. Vẹo chân hay trở ngại về chỉnh hình (như bàn chân bẹt, v.v.)					
2. Sút môi trên hay sút vòm miệng					
3. "Down's Syndrome" (Hội chứng thừa nhiễm sắc thể bẩm sinh)					
4. Nhiễm sắc thể bất thường khác					
5. Bệnh não nước					
6. Loạn dưỡng về cơ bắp					Phần nào của cơ thể bị liên quan? Bắt đầu bị ở tuổi nào?
7. Tình trạng lùn					
8. Tật nứt đốt sống					
9. Nhược điểm về tim bẩm sinh					
10. Thiếu tế bào máu hình liềm					
11. Bệnh "Tay-Sachs"					
<b>B. DỊ ỨNG:</b>					
1. Bị chàm hay tình trạng khác về da					Bị dị ứng gì? Cách chữa trị? Dược phẩm nào?
2. Dị ứng phấn hoa hay cây cỏ hoặc dị ứng khác					
3. Dị ứng thuốc					Dị ứng với thuốc gì?
4. Dị ứng thực phẩm					Dị ứng với thực phẩm gì?
<b>C. MẮT, RĂNG, TAI, VÀ CÁC CHỨNG RỐI LOẠN VỀ PHÁT TRIỂN:</b>					
1. Bị mù, nhãn áp tăng, mù màu hay các vấn đề khác về thị giác					
2. Kính hiệu chỉnh tầm nhìn hay kính áp tròng					Đã phải cần dùng kính thuốc vào tuổi nào?
Cận thị					
Viễn thị					
Loạn thị (không có khả năng tập trung)					
Mắt lé/lác (mắt lác hội tụ)					
Chứng khác (giải thích)					
3. Niềng răng hoặc sự chỉnh răng khác					Nếu là chỉnh răng, chỉnh về khoản gì và trong bao lâu?

**I. QUÁ TRÌNH SỨC KHOẺ CỦA QUÝ VỊ, CHA MẸ CỦA QUÝ VỊ, VÀ THÂN NHÂN KHÁC (Tiếp theo)**

BỆNH TRẠNG	KHÔNG	Không Rõ	CÓ Bản thân	CÓ - THÂN NHÂN (Ghi rõ mối liên hệ)	CHÚ THÍCH
4. Điếc hay các vấn đề khác về tai					Theo học lớp giáo dục đặc biệt? Nếu "Có", ghi tuổi bắt đầu học.
5. Các vấn đề về năng lực nói					
6. Thiếu khả năng học hỏi					Có sự chẩn đoán nào không? Có nhập viện không?
7. Khuyết tật về phát triển					
<b>D. RỐI LOẠN VỀ TUẦN HOÀN MÁU</b>					
1. Bệnh ưa chảy máu					
2. Thiếu tế bào máu hình liềm hay que					
3. Máu cao (áp huyết cao)					Bắt đầu bị ở tuổi nào? Cách chữa trị? Có nhập viện không?
4. Cơ đột quỵ					
5. Đau tim cấp tính (vành)					
6. Thấp khớp					Loại nào? Bắt đầu bị ở tuổi nào? Phần nào của cơ thể?
7. Bệnh thận					Bắt đầu bị ở tuổi nào? Cách chữa trị?
<b>E. RỐI LOẠN VỀ NỘI TIẾT TỔ</b>					Bắt đầu bị ở tuổi nào? Cách chữa trị?
1. Tiểu đường					
2. Chứng rối loạn tuyến giáp					
3. Béo phì (nặng cân)					
<b>F. RỐI LOẠN VỀ HÔ HẤP</b>					Có biết bất cứ nguyên nhân nào? Cách chữa trị?
1. Bệnh suyễn					
2. Bệnh khí thủng					Bắt đầu bị ở tuổi nào?
3. Bệnh lao					Bắt đầu bị ở tuổi nào? Loại nào? Phần nào của cơ thể?
<b>G. RỐI LOẠN VỀ TÂM THẦN VÀ HÀNH VI</b>					Bắt đầu bị ở tuổi nào? Cách chữa trị? Có nhập viện không?
1. Tâm thần phân liệt đã chẩn đoán					
2. Hưng trầm cảm đã chẩn đoán					
3. Chứng bệnh khác về tâm thần. Mô tả, dùng thêm giấy, nếu cần thiết					
4. Chứng nghiện rượu hay uống nhiều rượu					
5. Dùng ma túy					Loại, số lượng, và dùng vào khi nào?

**I. QUÁ TRÌNH SỨC KHOẺ CỦA QUÝ VỊ, CHA MẸ CỦA QUÝ VỊ, VÀ THÂN NHÂN KHÁC (Tiếp theo)**

BỆNH TRẠNG	KHÔNG	Không Rõ	CÓ Bản thân	CÓ - THÂN NHÂN (Ghi rõ mối liên hệ)	CHÚ THÍCH
H. RỐI LOẠN VỀ BẠCH HUYẾT:					Loại nào? Bắt đầu bị ở tuổi nào? Phần nào của cơ thể?
1. Ung thư					
2. U bướu					
3. Chứng xơ nang					
4. Bệnh "Hodgkins"					
I. RỐI LOẠN VỀ HỆ THẦN KINH:					Phần nào của cơ thể bị liên quan? Bắt đầu bị ở tuổi nào?
1. Bệnh đa xơ cứng (tê liệt dần)					
2. Bệnh "Huntington"					
3. Bệnh liệt não					
4. Kinh phong hay co giật					Bắt đầu bị ở tuổi nào? Cách chữa trị? Mức độ thường hay xảy ra?
5. Động kinh					
J. NHIỄM TRÙNG, NHẬP VIỆN					Chẩn đoán?
1. Bị sốt lặp lại biết được là do bị nhiễm trùng					
2. Nhiễm trùng nặng lặp lại khiến phải nhập viện điều trị					
3. Nhập viện, giải phẫu, hay thương tích					Vi lý do gì? Khi nào?
K. NHỮNG VẤN ĐỀ KHÁC VỀ Y TẾ HAY SỨC KHOẺ:					