

CONFIDENTIAL HEALTH FORM (ЗДРАВСТВЕН ФОРМУЛАР - ДОВЕРЛИВО)

TO THE APPLICANT: This information is treated as confidential and separate from your academic records.
(ЗА КАНДИДАТОТ: Овие информации се разгледуваат доверливо и одделно од вашите училишни документи.)

Course Applying for (DTS, Staff): _____ Starting Date: _____/_____/_____
(Курс на кој се пријавувате - УТШ, Стаф) (Дата на почеток) day (ден)/mon. (месец)/yr. (год.)

Name of Applicant: (Име на кандидатот): _____ Today's Date: _____/_____/_____
(Денешна дата) day (ден)/mon. (месец)/yr. (год.)

Last Name (Презиме) First Name (Име) Middle Name (Второ презиме - ако има)

Date of Birth: _____/_____/_____ Age: _____ Social Security # _____
(Дата на раѓање) day (ден)/mon. (месец)/yr. (год.) (Возраст) (Матичен број)

Birthplace: _____ Country(s) of Citizenship: _____
(Место на раѓање) (Државјанство)

Passport # _____ Expiration Date: _____/_____/_____
(Број на пасошот) (Дата на изминување) day (ден)/mon. (месец)/yr. (год.)

Mailing Address (Поштенска адреса): _____
Street / PO Box (Улица, број / П. фах)

City (Град) State/Province Zip Code (Поштенски број) Country (Држава)

Telephone (Телефон) Skype / Viber / Whatsapp / other E-mail (Е-маил)

Do you have medical insurance? (Дали сте здравствено осигурени?) Yes (Да) No (Не)

Name of Insurer (Име на осигуреникот): _____

Medical Insurance Number (Број на здравствена книшка): _____

Are you insured for foreign or international emergencies? Yes (Да) No (Не)
(Дали сте осигурени за евентуални несреќи надвор од земјата?)

In case of emergency, contact: (Во случај на несреќа, контактирајте:)

Full name: _____ Relationship: _____
(Целосно име и презиме) (Сродство)

Mailing Address (Поштенска адреса): _____
Street / PO Box (Улица, број / П. фах)

City (Град) State/Province Zip Code (Поштенски број) Country (Држава)

Telephone (Телефон) Skype / Viber / Whatsapp / other E-mail (Е-маил)

PART A – PERSONAL HEALTH HISTORY (ДЕЛ А - ЛИЧНА ЗДРАВСТВЕНА ИСТОРИЈА)

Do you have any current health problems? No (Не) Yes (Да) – Specify (Објаснете)

(Дали имате моментални здравствени проблеми?) _____

Are you currently under a doctor’s care for any conditions? No (Не) Yes (Да) – Specify (Објаснете)

(Дали моментално сте под докторска контрола?) _____

Do you have any objection to using medical services? No (Не) Yes (Да) – Specify (Објаснете)

(Дали имате некакви приговори против користење медицинска помош?) _____

Are you taking any medications at this time? No (Не) Yes (Да) – Specify (Објаснете)

(Дали земате некакви лекарства?) _____

Are you allergic to any drugs? No (Не) Yes (Да) – Specify (Објаснете)

(Дали сте алергични на некои лекови?) _____

Do you have a history of emotional instability or psychiatric treatment? No (Не) Yes (Да) – Specify (Објаснете)

(Дали во минатото сте имале емоционални проблеми - заради кои сте биле под медицински третман?) _____

Have you ever had suicidal thoughts or attempts? No (Не) Yes (Да) – Specify (Објаснете)

(Дали некогаш сте имале самоубивствени мисли или обид за самоубиство?) _____

Do you have trouble sleeping? No (Не) Yes (Да) – Specify (Објаснете)

(Дали имате проблем со спиењето?) _____

Have you ever struggled with any eating disorders – anorexic, bulimic, compulsive?

(Дали некогаш сте имале пореметувања во исхраната - анорексија, булимија, неконтролиран нагон за јадење?) No (Не) Yes (Да) – Specify (Објаснете) _____

Do you have any special dietary needs?(Дали имате специјални диететски потреби?) No (Не) Yes (Да)

Does this limit you in any way? (Дали тоа ве ограничува?) No (Не) Yes (Да) – Specify (Објаснете) _____

Do you now or have you ever received any compensation for disability from any source?

(Дали некогаш сте примале било каква помош заради онеспособеност од било какви извори?)

No (Не) Yes (Да) – Specify (Објаснете) _____

Do you have any physical impairments, handicaps, or health conditions which require special attention?

(Дали имате некакви физички нарушувања, хендикеп, или здравствена состојба со потребно посебно внимание?) No (Не) Yes (Да) – Specify (Објаснете) _____

Have you ever abused prescription drugs or used drugs for anything other than medical purposes?
(Дали сте користеле препишани лекаства за други цели освен за здравствени потреби?)

No (Не) Yes (Да) – Specify (Објаснете) _____

Do you smoke? No (Не) Yes (Да)
(Дали пушите?)

Are you willing to quit? No (Не) Yes (Да)
(Дали сте решени да престанете?)

Do you drink alcoholic beverages? No (Не) Yes (Да) How often? _____ What quantity? _____
(Дали конзумирате алкохол?) (Колку често?) (Во која количина?)

Have you been tested for HIV? No (Не) Yes (Да) What were the results? Negative Positive
(Дали сте тестирани за СИДА?) (Каков е резултатот?) (Негативен) (Позитивен)

List all important past surgeries, illnesses, or injuries and briefly explain.

(Наведете ги сите поважни операции, болести или повреди кои сте ги имале и кратко објаснете.)

Are you currently pregnant? No (Не) Yes (Да)
(Дали сте бремена?)

If yes, when is your due date? _____
(Ако е да, кога е вашиот термин за раѓање?)

Have you been pregnant before? (Дали сте биле бремена претходно?) No (Не) Yes (Да)

How would you rate your health: Excellent Good Average Poor
(Како ќе го оценете вашето здравје: Одлично Добро Средно Лошо)

I, _____, have completed this form to the best of my knowledge.
Furthermore, I understand the need to report any change in my health status, or treatment rendered by a
physician, prior to coming to YWAM SF Macedonia.

(Јас, _____, го пополнив овој формулар најдобро како
што знаев. Понатаму, ја разбираам потребата за известување на било каква промена во моето
здравје или изведен медицински третман од лекар пред моето доаѓање во МСМ Македонија.)

Applicant's Signature: _____ Date: _____/_____/_____
(Потпис на кандидатот) (Дата) day (ден)/mon. (месец)/yr. (год.)

I, the physician, have reviewed this form and have made the appropriate comments on PART B.
(Јас, лекарот, го разгледав овој формулар и ги дадов потребните коментари на ДЕЛОТ Б.)

Physician's Signature: _____ Date: _____/_____/_____
(Потпис на лекарот) (Дата) day (ден)/mon. (месец)/yr. (год.)

PART B – PHYSICIAN’S EVALUATION (ДЕЛ Б - ПРОЦЕНКА НА ЛЕКАРОТ)

Name of Applicant (Име на кандидатот): _____ Date of Application: _____/_____/_____
(Дата на пријавување) day (ден)/mon. (месец)/yr. (год.)

Last Name (Презиме)

First Name (Име)

Middle Name (Второ презиме - ако има)

TO THE PHYSICIAN: (ЗА ЛЕКАРОТ:)

YWAM SF Macedonia sends volunteers to remote locations around the world in which medical treatment and services are sometimes non-existent or limited in scope. During these times, the applicant may be subjected to physical and emotional stress that they may have never encountered before. They may be subjected to extreme temperature changes and have long and strenuous days.

Please review the information in PART A – PERSONAL HEALTH HISTORY and perform a thorough physical examination, including things covered on PART B – PHYSICIANS EVALUTION. Please treat all conditions that you feel require treatment and comment on this form any concerns you may have as they relate to the applicant’s ability to tolerate physical and emotional conditions that might be encountered.

(МСМ СП Македонија испраќа доброволци во далечни локации во светот во кои медицинската грижа и услуги се ограничени или не постојат. Во текот на ова време кандидатот може да е изложен на физички или емотивен стрес со каков не се сретнал порано. Можно е да бидат изложени на екстремни температурни промени и да имаат долги напорни денови.

Ве молиме разгледајте ги информациите во ДЕЛОТ А - ЛИЧНА ЗДРАВСТВЕНА ИСТОРИЈА и направете детален физички преглед вклучувајќи ги работите опфатени во ДЕЛОТ Б - ФИЗИЧКА ПРОЦЕНКА. Ве молиме земете ги во обзир сите работи за кои мислите дека е потребен третман и коментар на овој формулар, за кои сте загрижени, а се поврзани со способноста на кандидатот да издржи физички и психички во условите со кои може да се соочи.)

TO THE APPLICANT: (ЗА КАНДИДАТОТ:)

Due to the potential of traveling to remote locations around the world, you must have an updated Diphtheria-Tetanus booster within the last 5 years BEFORE YOU WILL BE ACCEPTED TO YWAM SF MACEDONIA. Due to the varied outreach locations, other immunizations, injections, and malaria medication may be required and can be obtained before outreach.

(Во врска со можноста да се патува во далечни локации во светот, треба да имате вакцина против Дифтерија-Тетанус за последните 5 години ПРЕД ДА БИДЕТЕ ПРИМЕНИ ВО МСМ СП МАКЕДОНИЈА. Во врска со различни места за изведување пракса, други вакцини, инекции и лекови за маларија, можат да се бараат и добијат пред праксата.)

IMMUNIZATION RECORD (ИМУНИЗАЦИСКИ ЗАПИС)

	No (Не)	Yes (Да)	Date (Дата)
Cholera (Колера)			
Diphtheria/Tetanus – series (Дифтерија/Тетанус - серија)			
Diphtheria/Tetanus – booster (Дифтерија/Тетанус - ревакцинација)			
Hepatitis A – series (Хепатит А - серија)			
Hepatitis B (Хепатит Б - ревакцинација)			
Measles – Rubeola (Сипаница - Рубеола)			
Measles – Rubella (Сипаница - Рубела)			
Meningococcal Meningitis (Менингитис)			
Mumps (Заушки)			
Pertussis (Пертусис)			
Polio - series of 3 (Полио - 3 во серија)			
Polio – booster (Полио - ревакцинација)			
Smallpox (Мали сипаници)			
Typhoid (Тифус)			
Yellow Fever (Жолта треска)			

Date of Birth: _____/_____/_____ Height: _____ Weight: _____
 (Дата на раѓање) day (ден)/mon. (месец)/yr. (год.) (Висина) (Тежина)

Hearing: right _____ left _____ Overweight: _____
 (Слух:) (десно) (лево) (Прекумерна тежина:)

Visual Acuity (without glasses): right _____ left _____ (with corrective lenses): right _____ left _____
 (Вид - без очила:) (десно) (лево) (со леќи) (десно) (лево)

Blood Pressure: _____ Pulse: _____ Blood Type: _____
 (Притисок:) (Пулс:) (Крвна група:)

Is the applicant currently on any medications? No (Не) Yes (Да)
 (Дали кандидатот е моментално на некакви лекаства?)

If yes, for what ailment is the patient being treated? (Ако е да, од какви заболувања пациентот е бил лекуван?)

Please list types of medication and dosage: (Ве молиме наведете ги видовите на лекаства и дозата:)

Recommendations for follow-up tests or treatments: (Препораки за понатамошни тестови или третмани:)

Would the applicant be able to walk 3-4 miles per day? No (Не) Yes (Да)
(Дали кандидатот е способен да оди 5-7 км дневно?)

Comments (Коментари): _____

How long has this patient attended your office? _____ years _____ months _____ weeks
(Колку долго пациентот ја посетува вашата ординација?) (години) (месеци) (недели)

PHYSICIAN'S RECOMMENDATION (ПРЕПОРАКА ОД ЛЕКАРОТ)

- Acceptable without limitations (Прифатлив /а без ограничувања)
 Acceptable with limitations – specify (Прифатлив /а со ограничувања - објаснете)
 Not acceptable – specify (Не е Прифатлив /а - објаснете)
 Should remain in areas where adequate medical care is provided – specify
(Треба да остане во области со обезбедена медицинска грижа - објаснете)

Comments (Коментари): _____

Physician's Name – print: _____
(Име на лекарот - со печатни букви) Last Name (Презиме) First Name (Име)

Mailing Address (Поштенска адреса): _____
Street / PO Box (Улица, број / П. фах)

_____ City (Град) State/Province Zip Code (Поштенски број) Country (Држава)

_____ Telephone (Телефон) Skype / Viber / Whatsapp / other E-mail (Е-маил)

Physician's Signature: _____ Date: _____/_____/_____
(Потпис на лекарот) (Дата) day (ден)/mon. (месец)/yr. (год.)

CONSENT FOR TREATMENT (СОГЛАСНОСТ ЗА ТРЕТМАН)

In case of emergency, I/We hereby agree to the performance of such treatment, including anesthesia and surgery, as the attending doctor or physician may deem necessary. (Во случај на итност јас/ние сме согласни на третман кој вклучува анестезија, хируршки зафат според проценка на присутниот лекар.)

Applicant's Signature: _____ Date _____/_____/_____
(Потпис на кандидатот) (Дата) day (ден)/mon. (месец)/yr. (год.)

Signature of parent or guardian is required if applicant is under 18 years of age:
(Задолжителен е потпис на родител или старател ако кандидатот е под 18 години:)

Parent or Guardian Signature: _____ Date _____/_____/_____
(Потпис на родител или старател) (Дата) day (ден)/mon. (месец)/yr. (год.)