

## 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)

## PERSONAL HEALTH HISTORY (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 лекаства?) \_\_\_\_\_

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.)