

**Turn in this Form, Please.**

**THE VIETNAMESE EUCHARISTIC YOUTH MOVEMENT IN THE U.S.A.  
THE ST. ANDREW TRONG CHAPTER**

**MEDICAL RELEASE FORM**

[PLEASE PRINT, COMPLETE ALL SECTIONS, SIGN, AND INCLUDE ALL NECESSARY ACCENTS]

I hereby warrant to the best of my knowledge, my child is in good health, and I assume all responsibility for the health of my child. Of the following statements pertaining to medical matters, check and fill out only those in accordance with your wishes: [*Tôi bảo đảm với sự hiểu biết của tôi là con tôi khỏe mạnh và tôi cũng chấp nhận các trách nhiệm liên quan đến sức khỏe của con tôi. Trong phần chi tiết về thuốc men, xin quý phụ huynh điền vào các phần nhu cầu và những gì cần thiết của con quý vị.*]

**MEDICAL TREATMENT**

In the event it comes to the attention of the chaperones associated with the activity that my child becomes ill with repeated smoothens such as headache, vomiting, sore throat, fever, diarrhea, I want to be called immediately. [*Nếu con tôi cứ tiếp tục bị nhức đầu, đau cổ họng, cảm, hoặc tháo dạ thì lập tức liên lạc ngay với tôi.*]

My child is taking medication at present. My child will bring all such medications, well labled, that are necessary. Names of medications and concise directions for seeing that the child take such medication including dosage and frequency are as follows: [*Con tôi hiện đang phải uống thuốc. Con tôi sẽ mang theo các loại thuốc với nhãn hiệu rõ ràng, những chỉ dẫn, thời gian, và lượng uống bao nhiêu như sau:*]

Allergic reactions and medications [*dị ứng và thuốc chữa*]

Medically prescribed diet [*sự ăn kiêng do bác sĩ dặn*]

Special medical conditions [*tình trạng đặc biệt thuộc y khoa*]

\_\_\_\_\_ I hereby grant permission  
Initial (TÔI ĐỒNG Ý)

\_\_\_\_\_ I do not grant permission for nonprescription medication  
Initial (TÔI KHÔNG ĐỒNG Ý)

(such as aspirin, tylenol, throat lozenges, cough syrup, pepto bismol, ...) to be given to my child, if deemed advisable. [*cho phép con tôi được uống các loại thuốc nào mà không có cần toa bác sĩ (như thuốc cảm, thuốc ho, thuốc trị dạ dày, ...) khi cần thiết.*]

**EMERGENCY MEDICAL TREATMENT**

In the event of an emergency, I hereby give permission to transport my child to a hospital for emergency medical or surgical treatment. I wish to be advised prior to any further treatment by the hospital or doctor. In the event of an emergency and you are unable to reach me, please contact: [*Trong trường hợp cấp cứu, tôi cho phép di chuyển con tôi đến nhà thương để được chữa trị bằng thuốc hoặc giải phẫu. Tôi cũng xin nhà thương/bác sĩ liên lạc với tôi về các điều trị cần thiết sau khi cấp cứu. Nếu trong trường hợp khẩn cấp mà không liên lạc được với tôi thì xin liên lạc với người có tên sau đây:*]

I fully understand the forgoing statements and sign this Parental/Guardian Consent Form & Liability Waiver knowingly, freely, and willingly. Any participant over 18 must complete and sign this form. [*Tôi hoàn toàn hiểu các điều trên và ký giấy chấp nhận này với sự đồng ý và tự do của tôi. Tham dự viên trên 18 tuổi cũng phải điền và ký đơn này.*]

\_\_\_\_\_  
PHỤ HUYNH KÝ TÊN/ THAM DỰ VIÊN TRÊN 18 (SIGNATURE)

\_\_\_\_\_  
NGÀY (DATE)

|   |                               |   |
|---|-------------------------------|---|
| PARTICIPANT'S NAME / TÊN THAM DỰ VIÊN (TÊN CON EM)              |                               |   |
| EMER. CONTACT & RELATIONSHIP (TÊN NGƯỜI LIÊN LẠC & MỐI LIÊN HỆ) |                               |   |
| TELEPHONE # (ĐIỆN THOẠI)  | <input type="checkbox"/> HOME | <input type="checkbox"/> CELL <input type="checkbox"/> WORK |
| FAMILY DOCTOR (TÊN BÁC SĨ GIA ĐÌNH)                             |                               |   |
| FAMILY DOCTOR'S PHONE # (ĐIỆN THOẠI BÁC SĨ)                     |                               |   |
| FAMILY HEALTH PLAN CARRIER (TÊN BẢO HIỂM SỨC KHỎE GIA ĐÌNH)     |                               |   |
| POLICY NUMBERS (SỐ BẢO HIỂM)                                    |                               |   |