

The State of Florida requires that all students attending school within the state comply with health and immunization laws to protect public health. This form is required of students who have been accepted to and will enroll at Pallaus International University and College (PIUC). It must be completed by a physician and signed by the physician, the enrolling student, and the student's parent or guardian (if applicable).

Florida Állam előírja, hogy minden diákra, aki iskolába jár, érvényesíteni kell a közegészségügyi és oltási jogszabályokat a közösség védelmében. Az a hallgató, aki beiratkozik a PIUC képzésére, annak ki kell töltenie ezt az adatlapot (házi)orvosával. A hallgató (házi)orvosának kell aláírnia, dátumoznia és bélyegzőjével ellátnia ezt a kérdőívet. Ezen az adatlapon a jelentkezőnek (ill. a kiskorú jelentkező szülőjének/gondviselőjének) is aláírásával nyilatkoznia kell a jelentkező egészségügyi helyzetével kapcsolatban.

Student data/Tanuló adatai

Legal Name/Törvényes név:

Last (Family)/Vezetéknév First/Keresztnév Middle/Harmadik név Suffix (Jr., Sr., etc.)/Előnév (íj., id., dr., stb.)

Previous Last Name(s), if any/Előző vezetéknévek, ha voltak:

Gender/Neme:

Male/Férfi Female/Nő

Date of Birth/Szül. idő:

Date of place/Szül. hely:

Social Security Number/

TAJ-szám:

_____/_____/_____
(mm/dd/yyyy)(magyarul: év/hónap/nap)

Permanent address/Állandó lakcím

Street Address/Utca, házs szám

Apt. #/Emelet, ajtó

City/Town/Település

State/Province/Állam/tartomány

Country/Ország

Zip/Postal Code/Irányítószám

Phone/Telefon

Alternate Phone/További telefonszám

Begin with Area or Country Code/Ország és település előhívószámával kezdje

Current mailing address/Tartozkodási hely

Street Address/Utca, házszám

Apt. #/Emelet, ajtó

City/Town/Település

State/Province/Állam/tartomány

Country/Ország

Zip/Postal Code/Irányítószám

Phone/Telefone

Alternate Phone/További telefonszám

Begin with Area or Country Code/Ország és település előhívószámával kezdje

Emergency Contact name/Probléma esetén értesítendő személy: _____

Relationship/Kapcsolat jellege: _____

Phone/Telefone

Alternate Phone/További telefonszám

Begin with Area or Country Code/Ország és település előhívószámával kezdje

Parent/guardian #1/1. szülő/gondviselő

Parent/Szülő Guardian/Gondviselő

Title/Megnevezés

Last (Family)/Vezetéknév

First/Keresztnév

Middle/Harmadik név

Suffix (Jr., Sr., etc.)/Előnév (ifj., id., dr., stb.)

Previous Last Name(s), if any/Előző vezetéknév, ha voltak:

Gender/Neme:

Male/Férfi Female/Nő

If different from yours/Ha különbözik a címe, kérjük, adja meg a pontos címét:

Street Address/Utca, házszám

Apt. #/Emelet, ajtó

City/Town/Település

State/Province/Állam/tartomány

Country/Ország

Zip/Postal Code/Irányítószám

Phone/Telefone

Alternate Phone/További telefonszám

Begin with Area or Country Code/Ország és település előhívószámával kezdje

Student health history

Hallgató betegségei

All medical information is confidential and will not be released, forwarded or duplicated by PIUC.

Minden egészségügyi információ bizalmas, a PIUC nem adhat ki adatokat a hallgató egészségügyi állapotáról.

Have you had any problems with the following?/Volt probléma az alábbiakkal?	No/Nem	Yes/Comments/Igen, megjegyzés:
Anxiety or Depression/ Szorongás ill. depresszió	<input type="checkbox"/>	
Asthma/asztma	<input type="checkbox"/>	
Bleeding Disorder/ Vérzési rendellenesség	<input type="checkbox"/>	
Cancer/Rák	<input type="checkbox"/>	
Diabetes/Cukorbetegség	<input type="checkbox"/>	
Eating Disorder/ Étkezési rendellenesség	<input type="checkbox"/>	
Epilepsy/Seizures/ Epilepszia/Görcsrohamok	<input type="checkbox"/>	
Heart Problems/Murmur/High Blood Pressure/ Szív- és keringési rendellenesség / szívzöreje ill. kóros szívhang / magas vérnyomás	<input type="checkbox"/>	
Head Injury/ Bármilyen fejsérülés	<input type="checkbox"/>	
Surgery/Bármilyen sebészeti beavatkozás	<input type="checkbox"/>	

Allergies to Medications (Please list medication & reaction)/ Allergia gyógyszerekre (Kérjük, sorolja fel a gyógyszereket és az azokkal kapcsolatos allergén reakciókat)

Allergies to Others (Please, list)/Egyéb allergiák (Sorolja fel):

Disabilities, Physical Restrictions or Limitations/Fogyatékoság, egyéb korlátozások:

Required immunizations/Szükséges oltások

Florida State Law and PIUC policy require the following immunizations by all students, documented by your health care provider. Health Care Provider must complete this section in English or Hungarian. Provide month, day and year of vaccine or dated copies of titres and reports. The following are required:

Florida Állam jog- valamint a PIUC szabályai alapján a következő oltásokkal kell rendelkeznie minden diáknak, melyek beadását a hallgató (házi)orvosának igazolnia kell. Az orvosnak kell ezt a részt teljes egészében kitölteni angolul vagy magyarul.

A következőkre van szükség:

1. Tuberculosis test (PPD, not Tine) and results, within 6 months prior to first semester, or a chest x-ray report. PPD required regardless of prior BCG inoculation. If PPD is positive, a chest x-ray and report of treatment AND TBC-teszt és eredmények vagy mellkasrtg. a beiratkozás előtt féléven belül. BCG oltás ellenére is szükség van TBC-vizsgálatra.

Ha a TBC-teszt pozitív új vizsgálat és mellkasrtg. szükséges, ÉS

2. A booster dose of tetanus – Diphtheria (Td) within ten (10) years of this date AND one of the following:

Tetanus és diftéria emlékeztető oltás (Di-Per-Te), VALAMINT egy az alábbiak közül

a. At least one dose of mumps and rubella vaccine are required and two doses of live measles (rubeola) vaccine given at least one month apart after age 12 months OR

Legalább egy adag mumpsz és rubeola elleni vakcinára van szükség, és két adag élő kanyaró (rubeola) vakcina között legalább egy hónapos szünetet kell tartani 12 hónapos kor után VAGY

b. Two doses of mumps, measles, rubella combined in an MMR OR

Két adag mumpsz, kanyaró és rubeola koktélból VAGY

c. Laboratory reports of titres for immunity of measles (rubeola), mumps and rubella.

Laboratóriumi hivatalos lelet arról, hogy a hallgató immunitást szerzett kanyaró, mumpsz ill. rubeola ellen.

EXEMPTIONS: Exemptions to the immunization policy (based on Florida State Law and PIUC's policy) may be granted for valid medical or religious reasons. If you are requesting an exemption, please contact the Educational Chancellor.

Kivételek: Mentesség adható az immunizációs politika alól érvényes orvosi vagy vallási okokból. Ha mentességet igényel, kérjük, lépjen kapcsolatba az oktatási kancellárral.

Also, legislation has recently been passed in the state of Florida mandating the Hepatitis B and meningitis vaccinations. The following is required:

Emellett a közelmúltban Florida állam jogszabályokban tette kötelezővé Hepatitis B és meningitis védőoltást. Az alábbiak szükségesek:

1. Three doses of Hepatitis B vaccination at intervals of one (1) month apart, and the third at six (6) months from the first dose. The hepatitis vaccination is never restarted. So, if a dose is missed, the series can still be completed as a series of three.

Három adag hepatitis B oltást időközönként egy (1) hónap eltéréssel kell beadni úgy, hogy a harmadik és az első adag között nem lehet hat (6) hónapnál hosszabb idő. A hepatitis oltást nem kell megismételni. Viszont ha nem adják be megfelelő ütemezéssel mindhárom oltást, az nem lesz hatékony. Ha kevesebb, mint három oltást kapott vagy nem megfelelő időintervallumon belül, adassa be újra az oltást, így szerezhethet immunitást.

2. Meningitis is not required if the enclosed material (*Meningitis information*) is read and waiver is signed.

Meningitis elleni oltás nem szükséges, amennyiben elfogadja, megérti és aláírja a *Meningitis információs* lapot.

MMR (Measles, Mumps, Rubella) – REQUIRED/Kanyaró, mumpsz, rubeola oltás – szükséges

Date, 1st dose/ Az oltás beadásának időpontja _____

Date, 2nd dose/Az oltás beadásának időpontja _____

Mumps – REQUIRED/Mumpsz – szükséges

Date, immunization/Oltás időpontja _____

Date, disease/Betegség időpontja _____

Serological titre results/Szerológia _____

Measles – REQUIRED/Kanyaró – szükséges

Date, 1st dose/ Az oltás beadásának időpontja _____

Date, 2nd dose/ Az oltás beadásának időpontja _____

Date, disease/Betegség időpontja _____

Serological titre results/Szerológia _____

Rubella – REQUIRED/Rubeola – szükséges

Date, immunization/Oltás időpontja _____

Date, disease/Betegség időpontja _____

Serological titre results/Szerológia _____

Tuberculin Skin Test – REQUIRED (within 6 months)/TBC-vizsgálat – szükséges (féléven belül)

Date/Dátum _____ Negative/Negatív Positive/Pozitív

X-ray Date/Rtg. időpontja: _____

Report/Orvosi vélemény: _____

TD (Tetanus/Diphtheria) – REQUIRED/Diftéria–Szamárköhögés–Tetanusz (Di-Per-Te)-oltás

Date, booster (within 10 years)/Emelékeltető oltás időpontja _____

HBV (Hepatitis B) – Hepatitis B Series REQUIRED/Hepatitis B oltássorozat – szükséges

Date, 1st dose	Vaccine lot #	Physician signature
Date, 1st dose	Vaccine lot #	Physician signature
Date, 1st dose	Vaccine lot #	Physician signature

Meningitis – REQUIRED (for students living on campus and recommended for commuters, unless waiver below has been signed)/Meningitis – szükséges (Bentlakóknak vagy ingázóknak egyaránt, kivéve, ha nyilatkozott a fentiek szerint.)

Meningitis Date/Oltás időpontja _____

Physician Signature/Orvos aláírása	Printed Name/Title/Orvos teljes neve nyomtatott betűkkel/megnevezéssel
------------------------------------	--

Seal of Physician/Orvosi bélyegző	Date/Dátum
-----------------------------------	------------

Address/Orvos pontos címe

Street Address/Utca, házszám	Apt. #/Emelet, ajtó
City/Town/Település	State/Province/Állam/tartomány
Country/Ország	Zip/Postal Code/Irányítószám
Phone/Telefon	Alternate Phone/További telefonszám

Begin with Area or Country Code/Ország és település előhívószámával kezdje

Emergency Care Permission/Egészségügyi vészhelyzet – Engedély

I hereby grant permission to the PIUC infirmary care provider to render any health care or emergency treatment to myself/son/daughter/ward. I also grant permission for the infirmary care provider to arrange for health care, emergency treatment or hospitalization at an accredited hospital or other medical, psychological, or dental care facility when considered necessary by the infirmary care provider and/or the University. I understand that all referrals, emergency treatment, or other like services not covered by the basic infirmary plan are the financial responsibility of the student and/or parent/guardian.

Aláírással hozzájárulok, hogy a PIUC egészségügyi, ill. sürgősségi ellátásban részesítsen. Továbbá felhatalmazom a PIUC-ot, hogy gondoskodjon szakszerű ellátásról, ha szükségesnek tartja, betegség vagy vészhelyzet esetén kórházban (beleértve a pszichikai, valamint fogászati eljárásokat). Tudomásul veszem, hogy ezen eljárások és más, hasonló gyógyító szolgáltatások nem tartoznak a PIUC anyagi felelősségi körébe, mindezekért a hallgató, ill. annak szülője/gondviselője felelős pénzügyileg. Mint szülő/gondnok megértettem, elfogadtam és tudomásul vettem, valamint hozzájárultam a fentiekhez, melyet aláírással igazolok.

Signature of student/A tanuló aláírása

Date/Dátum

Parent/Gardian's signature (if student is under 18)/Szülő/gondviselő aláírása (ha a tanuló 18 év alatti)

Date/Dátum