



Keeb Kwm Kev Khomob

Hnub: _____

Tus Neeg Mob Npe: _____

Hnub Yug: _____

Tus Kws Khomob: _____

Cov Tshuaj Noj Qaug: _____

Lwm Yam khoom caiv (xws li tej yas latex, tej khoom zas xim, khoom noj): _____

Cov Kev Mob – khij tag nrho cov uas koj muaj

Muaj Tsis Muaj

- Mob tuag tes tuag taw
- Mob plawv
- Plawv nres
- Ua daus no rheumatic
- Kab mob ntsws
- Mob ntsws
- Pneumonia ■ Neumonía
- Los ntshav/ntshav txhaws
- Muab teeb meem txog kev
hais lus/hnov lus
- Lim ntshav Hnub _____

Muaj Tsis Muaj

- Tau khaub thusas
- Mob raum
- Kab mob siab
- Ntshav siab
- Mob cancer
- Muaj teeb meem rau lub nraub q Baum
- Mob pob teg pob taws (Arthritis)
- Mob plab/plab kiav txhab
- Ntshav qab zib
- Lwm Yam

Tej Yam kev phais yav dhau los — Khij txhua qhov uas raug rau koj

Hnub

- Phais Pob ntseg/
qhov ntswg/caj pas _____
- Phais Hnyuv tws _____
- Phais Qhov muag _____
- Phais Mis _____
- Phais Tsib (Gallbladder) _____
- Phais Plawv/hlab plawv _____
- Phais Lwm Yam _____

Hnub

- Phais tsev menuam _____
- Phais Hnyuv Hlauv (Hernia) _____
- Phais qog qhov quav _____
- Phais nraub q Baum/caj dab _____
- Phais pob qib txha
(dua/hauv caug) _____

Kev mus pw hoos maum rau lwm Yam _____

Keeb Kwm Ntawm Tsev Neeg

- Mob plawv
- Ntshav qab zib
- Ntshav siab

- Mob cancer
- Mob tuag tes tuag taw
- Lwm Yam _____

Keeb Kwm Kev Noj Nyob (Social)

Koj puas haus los sis tau haus dua luam yeeb li? _____

Haus ntaw npaum cas tauj ib hnub _____

Koj puas haus dej caw? _____

Haus ntaw npaum cas? _____

Koj puas siv yeeb tshuaj txhaum cai? _____

Haus ntaw npaum cas tauj ib hnub? _____

Cov tshuaj koj tab tom noj/cov kws khomob xaj thiab cov cia li yuav los noj huysi

Npe tshuaj

Noj npaum cas

Tsev Nqa Tshuaj

Npe: _____

Chaw Nyob: _____

Xov Tooj: _____

Tus Neeg Mob Npe: _____ Hnub: _____ Hnub Yug: _____

Koj puas tab tom muaj ib Yam li hauv qab no?

Cov Yeeb Yam Qhia Ua Ntej

Puas keev noj qab nyob zoo.....	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Cia li rog ceev nrooj	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Cia li yuag ceev nrooj	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Ua daus no	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Cia li nkrees heev	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj

Qhov Muag

Mob qhov muag los sis phais qhov muag.....	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Coj iav/coj daim ntixig hauv qhov muag (contact lens)	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Qhov muag plooj los sis pom ob tug duab uake	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Muaj kab mob qhov muag (glaucoma)	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Poj ntseg/Qhov ntswg/Caj pas/Qhov ncauj		
Lag ntseg los sis tsis hnov ntsej zoo	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Mob pob ntseg los sis pob ntseg muaj kua.....	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Tau kab mob khaub thusa los sis los ntswg.....	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Qhov ntswg los nthav	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Mob qhov ncauj	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Pos hniav los ntshav.....	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Ua pa tsw phem los sis tsis qab los	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Mob caj pas.....	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Hlooov suab	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Cov qog caj pas o tuaj.....	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj

Hais txog hauv lub plawv (Cardiovascular)

Plawv muaj teeb meem	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Mob hauv siab los sis mob hauv lub plawv	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Plawv dhia tsis xwm yeem	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Ua tsis taus pa thaum taug kev	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Ua tsis taus pa thaum pw ncaj qha....	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Taw, pob taws thiab tes tej o tuaj	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj

Kev Ua Pa (Respiratory)

Hnoos tas li los sis muaj kab mob hnoos.....	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Hnoos tau ntshav.....	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Ua tsis tshua taus pa.....	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Ua pa nyuaj nyuaj	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Hawb hawb	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj

Hais Txog Lub Hlw (Psychiatric)

Tsis nco qab los sis tsis meej pem.....	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Ntshai (Nervousness)	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Nyuaj siab (Depression)	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Tsaug tsis taus zog (Insomnia).....	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj

Hais Txog Lub Nruab Nrog Cev (Gastrointestinal)

Tsis qab los noj mov.....	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Hlooov kev mus siv chav dej	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Xeev siab los sis ntuav.....	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Sawv plab mus chav dej tsis zo.....	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Tso quav mob heev.....	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Tso quav tawv heev	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Pob tw los ntshav los sis quav muaj ntshav	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj

Hais Txog Kev Tso Zis (Genitourinary)

Pheej tso zis tas li.....	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Tso zis mob mob cuag kub hnyiab....	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Tso zis muaj ntshav	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Tso zis me me los sis tsis muaj zog....	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Tswj tsis tau kev tso zis los sis lav zis tas li.....	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj

Hais Txog Cov Leeg (Musculoskeletal)

Raum muaj pob zeb.....	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Ua niam txiv nyuaj nyuaj	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Txiv neej – mob noob qes	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Poj niam – mob thaum coj khaub ncaws	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Poj niam – coj khaub ncaws tsis xwm yeem	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj

Hais Txog Cov Leeg (Musculoskeletal)

Poj niem – chaw mos tawm paj los sis kua.....	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Yas tes yas taw thiab tej leeg tsis muaj zog	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Mob leeg los sis tu leeg.....	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Mob nraub qaum	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Tej tes taw txias txias	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj

Taug tsis taus kev.....	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj

Hais Txog Tawv Nqaij, Mis Tej (Integumentary)

Ua pob los sis khaus.....	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Tawv nqaij pauv xim	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Plaub hau los sis rau tes rau taw hloov xim	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Tawm leeg ntawm tej ncej puab	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Mob mis	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Mis ua qog.....	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Mis los los kua	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj

Hais Txog Lub Hlwb/Kev Xav (Neurological)

Mob taub hau tas li los sis mob rov mob rais	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Mob taub hau me ntsis los sis kiv taub hau	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Tsis nco qab los sis qaug dab peg....	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Loog los sis caus yaum.....	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Tshee tshee (Tremors)	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Ib ces tuag tsis muaj zog (Paralysis)	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Mob tuag tes tuag taw.....	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Raug mob saum taub hau.....	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj

Hais Txog Cov Khoom Hauv Lub Cev (Endocrine)

Muaj teeb meem txog lub cev hloov.....	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Muaj kab mob ua qog caj pas.....	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Muaj ntshav qab zib	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Nqhis dej heev los sis tso zis heev.....	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Tiv tsis taus kub los sis no.....	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Tawv nqaij qhuav zus tuaj	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Hloov xaij (size) kaus mom los sis hnab looj tes.....	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj

Hais Txog Roj Ntshav Khiaj (Hematologic/Lymphatic)

Zoo qeeb heev tom qab dabtsi hlais	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Los ntshav los sis doog yooj yim.....	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Muaj kab mob rau cov nthsav (Anemia)	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Leeg o o los sis su tuaj (Phlebitis)	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Tej qob loj los sis nruj tuaj	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj

Hais Txog Tej Tshuaj Txhaum/Tua Kab Mob (Allergic/Immunologic)

Cov tawv nqaij los sis lwm yam twv cov tshuaj: Penicillin los sis lwm yam tshuaj tua kab mob.....	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Morphine, Demerol los sis lwm yam yeeb tshuaj	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Novocaine los sis lwm yam tshuaj tso tsaug zog.....	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Aspirin los sis lwm yam tshuaj noj kom txhob hnov mob	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Tshuaj Tetanus antitoxin los sis lwm yam tshuaj serums	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
Tshuaj Iodine, methiolate los sis lwm yam tshuaj antiseptic.....	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj