



\_\_\_\_\_

Họ và tên (theo CMND/CCCD): <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; margin-top: 5px;"></div>	Khai sinh/Định danh cá nhân số: <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; margin-top: 5px;"></div>	
Ngày sinh: <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; margin-top: 5px;"></div>	Tuổi: <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; margin-top: 5px;"></div>	Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ

	Có	Không	Nếu CÓ, xin cho biết chi tiết về: chẩn đoán, thời gian mắc bệnh (ngày, tháng, năm), nơi điều trị, thuốc điều trị, thời gian điều trị, kết quả điều trị.
<b>Cháu có từng</b>			
1. Được khám tâm thần không? (rối loạn trầm cảm, tăng động giảm chú ý, tự kỉ, chậm phát triển trí tuệ,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Khám và điều trị bệnh ung thư/khối u ác tính không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Có chẩn đoán bất kỳ bệnh nào dưới đây không?			
a) Bệnh tim mạch/tuần hoàn? (bệnh tim bẩm sinh, bệnh cơ tim/ van tim, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Bệnh hệ hô hấp, bệnh lao? (hen suyễn, viêm phổi, viêm tiểu phế quản, viêm phế quản,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Bệnh hệ tiêu hóa- gan mật? (xơ gan, viêm gan B, C, gan to lách to, viêm đại tràng/dạ dày, polyp đại tràng/dạ dày/túi mật, sỏi gan mật,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Bệnh hệ thận-tiết niệu? (hội chứng thận hư, viêm cầu thận, sỏi tiết niệu,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) Bệnh hệ cơ-xương-khớp? (gù vẹo/chấn thương cột sống, teo cơ, nhược cơ, thấp khớp, viêm khớp,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) Bệnh hệ thần kinh? (động kinh, co giật, viêm não/màng não,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g) Bệnh khối u nang/bướu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h) Bệnh máu-huyết học? (rối loạn đông máu, thiếu máu, suy tủy, bệnh bạch cầu, Thalassemia, G6PD, Hemophilia,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i) Bệnh nội tiết, chuyển hóa? (tiểu đường, suy tuyến thượng thận, suy giáp, cường giáp, suy tuyến yên,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j) Bệnh da liễu? (viêm da cơ địa, chàm, vẩy nến,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
k) Bệnh tự miễn hoặc di truyền? (lupus ban đỏ, hội chứng Down, hội chứng Turner,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
l) Bệnh khác? (vui lòng nêu rõ chẩn đoán)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Hiện tại, cháu có đang điều trị bệnh gì không? Nếu có, xin cho biết bệnh và loại thuốc đang dùng (tên thuốc, liều lượng)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Trong quá khứ, cháu có từng:			
a) Được tư vấn hoặc đã làm các xét nghiệm tầm soát ung thư? Nếu có xin cho biết tên xét nghiệm và kết quả?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Làm xét nghiệm như: X-Quang, điện tim đồ, chụp cắt lớp, siêu âm, nội soi, sinh thiết, thử máu, thử nước tiểu không? Trong dịp nào? Kết quả?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Bệnh nặng, chấn thương, phẫu thuật không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Được truyền máu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) Nằm viện hoặc điều trị bởi bác sĩ hay không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Có	Không	
6. Khi sinh, cháu có:			
a) Sinh thiếu tháng không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Cân nặng lúc sinh _____ kg			
c) Tiêm chủng đầy đủ theo lịch không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

CAM KẾT VÀ ĐỒNG Ý

Tôi ký tên dưới đây cam kết rằng tôi đã đọc/được nghe Bác sĩ thực hiện hồ sơ đọc lại toàn bộ những lời khai trong hồ sơ này và xác nhận những câu trả lời trên của tôi là hoàn toàn đầy đủ và đúng sự thật. Tôi đồng ý để công ty sử dụng những câu trả lời này như một phần bất khả kháng của Hợp đồng bảo hiểm nhân thọ của tôi.

Tôi hiểu và đồng ý rằng việc thẩm định sức khỏe của Prudential chỉ giới hạn trong phạm vi lời khai của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm và không thể đưa ra toàn bộ kết luận về tình trạng sức khỏe của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm. Vì vậy nếu Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm không khai trung thực và đầy đủ các câu hỏi của Prudential trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và Hồ sơ sức khỏe này, Prudential có quyền xem xét đình chỉ việc thực hiện hợp đồng và không chịu bất kỳ nghĩa vụ pháp lý nào.

Tôi cũng cho phép bác sĩ của phòng khám/ Bệnh viện liên kết với Prudential được khám và thực hiện những xét nghiệm y khoa cần thiết, kể cả xét nghiệm HIV (nếu có) để đánh giá đúng tình trạng sức khỏe hiện thời của tôi; với điều kiện kết quả của các xét nghiệm trên sẽ được bảo mật và chỉ sử dụng với mục đích thẩm định Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm nhân thọ của tôi.

Ngoài ra, tôi cũng cho phép các bác sĩ, bệnh viện, trung tâm y tế, công ty bảo hiểm khác, ... đã có những hồ sơ về tình trạng sức khỏe của tôi, được quyền cung cấp những thông tin này cho quý công ty. Bản sao các chứng từ về thông tin sức khỏe của tôi (bệnh án, phiếu xét nghiệm,...) từ các nơi trên cung cấp cho quý công ty có giá trị tương đương bản chính.

Thực hiện tại **Phòng khám/bệnh viện liên kết với Prudential**, ngày \_\_\_\_\_

**Chữ ký người làm chứng**  
(Bác sĩ thực hiện hồ sơ này)

**Chữ ký của Bên mua bảo hiểm hoặc người được ủy quyền**  
**đưa người đến khám ký tên và ghi rõ mối quan hệ với trẻ**  
(xin ghi rõ họ & tên bằng chữ thường)



KẾT QUẢ KHÁM SỨC KHỎE

PHẦN KHÁM ĐƯỢC THỰC HIỆN KÍN, NGƯỜI KHÔNG CÓ THẨM QUYỀN KHÔNG ĐƯỢC HIỆN DIỆN

Chiều cao	Cân nặng	Chỉ số BMI
-----------	----------	------------

Huyết áp (Nếu trên 140/90 mmHg, vui lòng đo 03 lần, mỗi lần cách nhau 10 phút)

mmHg	mmHg	mmHg
------	------	------

Mạch: Nhịp/phút

Loạn nhịp: ☐ Không ☐ Có Số nhịp loạn: l/p  
 (Làm thêm điện tâm đồ khi có loạn nhịp)

KHÁM TỔNG QUÁT

- Tri giác: ☐ Tỉnh táo, tiếp xúc tốt ☐ Khác
- Da, niêm mạc, kết mạc: ☐ Bình thường ☐ Khác
- Mắt:
 

> 2/10 ≤ 2/10 Thị lực qua kính lỗ

Phải: ☐ ☐
 Trái: ☐ ☐

Tật khúc xạ mắt ☐ Không ☐ Có: (ghi rõ số diop)

Các bệnh lý khác của mắt ☐ Không ☐ Có: (đục TTT, chấn thương mắt...)
- Tai:
 

Phải: ☐ Bình thường ☐ Khác (nghe kém, chảy mủ...):
 Trái: ☐ Bình thường ☐ Khác (nghe kém, chảy mủ...):
- Tuyến giáp: ☐ Bình thường ☐ Khác:
 

Dấu hiệu cường giáp: ☐ Không ☐ Có:
- Hệ thống hạch (cổ, thượng đòn, nách, bẹn): ☐ Không to ☐ Khác:
- Lồng ngực: ☐ Bình thường ☐ Khác:
- Vú: ☐ Bình thường ☐ Khác:
- Phổi: ☐ Bình thường ☐ Khác (rale):
- Tim:
 

Âm thổi: ☐ Không có ☐ Có âm thổi vị trí: thì cường độ /6, lan  
 (Làm thêm siêu âm tim nếu có âm thổi)

Dấu hiệu bất thường khác của tim: ☐ Không ☐ Có:
- Khám vùng bụng, gan, lách: ☐ Bình thường ☐ Khác (gan/lách to, tuần hoàn bàng hệ, bàng bụng...):  
 (Làm thêm siêu âm bụng nếu có bất thường)



- Tứ chi:

☐ Bình thường

☐ Cụt (ghi rõ vị trí):

☐ Yếu, liệt (ghi rõ sức cơ):

☐ Bất thường khác:
- Bất thường khác (liệt mặt, liệt hầu, khối u, bướu, phình động mạch...):

☐ Không

☐ Có:

XÉT NGHIỆM LÀM THÊM (nếu có, theo bảng hướng dẫn sau khám lâm sàng):

KẾT QUẢ PHÂN TÍCH NƯỚC TIỂU

Máu	Đường	Đạm
<div><input type="checkbox"/> Bình thường</div> <div><input type="checkbox"/> Bất thường</div> <div>Ghi rõ kết quả bất thường:</div>	<div><input type="checkbox"/> Bình thường</div> <div><input type="checkbox"/> Bất thường</div> <div>Ghi rõ kết quả bất thường:</div>	<div><input type="checkbox"/> Bình thường</div> <div><input type="checkbox"/> Bất thường</div> <div>Ghi rõ kết quả bất thường:</div>

KẾT LUẬN

- a) Bác sĩ có phát hiện những yếu tố nguy cơ làm việc ảnh hưởng đến tuổi thọ của người được khám không? ☐ Có ☐ Không
  - Yếu tố cá nhân?
  - Yếu tố được phát hiện trong lần khám này?
- b) Xin cho biết nhận xét sau cùng của bác sĩ về tình trạng sức khỏe của người được khám

XÁC NHẬN CỦA BÁC SĨ THỰC HIỆN HỒ SƠ SỨC KHỎE

Tôi, bác sĩ người thực hiện hồ sơ sức khỏe cá nhân này, xác nhận rằng người được kiểm tra sức khỏe đúng là người do PRUDENTIAL yêu cầu kiểm tra sức khỏe.

Việc kiểm tra sức khỏe này đã được thực hiện tại <Phòng khám chỉ định>

Vào lúc giờ ,ngày / /

Dấu mộc phòng khám thực hiện

