

BỆNH VIỆN QUỐC TẾ MỸ CHỨNG NHẬN
AMERICAN INTERNATIONAL HOSPITAL CERTIFIES THAT

Họ tên người bệnh:

Patient's name

Ngày sinh:/...../.....

*DOB*Giới tính: ☐ Nam*Gender*☐ Nữ*Male**Female*

Mã người bệnh:

Patient ID

Địa chỉ:

Address

1. Ngày nhập viện ____ / ____ / 20 ____

Admission date

2. Ngày phẫu thuật: ____ / ____ / 20 ____

Procedure date

3. Ngày xuất viện ____ / ____ / 20 ____

Discharge date

4. Chẩn đoán phẫu thuật:

Surgical diagnosis

5. Phương pháp phẫu thuật:

Name of Surgery/ procedure

6. Cách thức phẫu thuật:

Procedure narrative

7. Nhóm máu:

Blood type

8. Yếu tố Rh:

*Rh*Ngày/ *Date* ____ / ____ /
20 ____Ngày/ *Date* ____ / ____ /
20 ____

TRƯỞNG KHOA

HEAD OF DEPARTMENT

(Họ tên, chữ ký & MSNV)

(Name, signature & ID)

BAN GIÁM ĐỐC Y KHOA

BOARD OF MEDICAL DIRECTOR

(Họ tên, chữ ký & MSNV)

(Name, signature & ID)