

DATE:

ANNE HILL INTERNATIONAL SCHOOL

HEALTH CHECK & MEDICAL RECORD FORM

(KIỂM TRA SỨC KHỎE & KHAI BÁO Y TẾ)

Please submit the completed form to the School before enrolment. Parents will be required to accompany their child to the health check. Students will need to re-do the physical examination at parents' own expense if section 3 is lost by the parents/guardians. / Vui lòng nộp biểu mẫu này trước khi học sinh nhập học. Phụ huynh cần phải đi kèm với học sinh trong quá trình kiểm tra sức khỏe. Học sinh sẽ cần đi kiểm tra sức khỏe lại nếu phần 3 của biểu mẫu bị thất lạc bởi phụ huynh/ người giám hộ. Phụ huynh sẽ chi trả phí phát sinh từ việc kiểm tra sức khỏe lại.

SECTION 1 - GENERAL HEALTH & ACKNOWLEDGEMENT

PHẦN 1 - SỨC KHỎE TỔNG QUÁT & SỰ XÁC NHẬN

This form consists of three sections / Mẫu đơn này gồm 3 phần:

- General Health & Parent Acknowledgement. / Sức khỏe tổng quát & xác nhận của phụ huynh.
- Medical History and Conditions. / Bệnh sử và tình trạng sức khỏe.
- Physical Examination (to be completed by a registered physician or doctor). / Kiểm tra sức khỏe (được điền trước bởi bác sĩ).

Please ensure that all sections are completed before submitting this form to the School. It is compulsory for the child to undergo a physical examination and deemed fit for school before enrolment. Please complete section (i) and (ii) to the best of your knowledge before your child undergoes a physical examination by the physician. / Vui lòng đảm bảo rằng các thông tin được hoàn thành đầy đủ trước khi nộp biểu mẫu này cho nhà trường. Học sinh trước khi nhập học phải được các bác sĩ khám kiểm tra tình trạng sức khỏe đảm bảo đủ điều kiện cho việc học tập tại trường. Vui lòng hoàn thành phần (i) và (ii) theo sự hiểu biết tốt nhất của phụ huynh trước khi con bạn được bác sĩ khám.

1. STUDENT DETAILS / THÔNG TIN HỌC SINH

FULL NAME:

HỌ VÀ TÊN

GENDER:

GIỚI TÍNH

Male

NAM

Female

NỮ

DATE OF BIRTH:

NGÀY SINH

date / month / year

NATIONALITY:

QUỐC TỊCH

HEIGHT:

CHIỀU CAO

(cm)

WEIGHT:

CÂN NẶNG

(kg)

2. PARENT'S ACKNOWLEDGEMENT / XÁC NHẬN CỦA PHỤ HUYNH

I/We confirm that the information filled in this form is complete and accurate to the best of my knowledge. All medical reports submitted with this form contain no false information and timely updates will be provided to the School throughout the child's enrolment. / Chúng tôi xác nhận rằng thông tin điền trong biểu mẫu này là đầy đủ và chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Các báo cáo y tế được gửi kèm theo biểu mẫu này không chứa thông tin sai lệch và các bản cập nhật kịp thời sẽ được cung cấp cho nhà trường trong suốt quá trình ghi danh của trẻ.

I/We have read the Parent-Student Handbook and agree to follow the various health policies and procedures that are in place to ensure student well-being. / Chúng tôi đã đọc sổ tay phụ huynh học sinh và đồng ý tuân theo các chính sách và thủ tục y tế được áp dụng để đảm bảo sức khỏe cho học sinh.

I/We agree that all medical costs arising from the health check/physical examination will be borne by parents. / Chúng tôi đồng ý rằng tất cả các chi phí y tế phát sinh từ việc kiểm tra sức khỏe/khám sức khỏe sẽ do phụ huynh chi trả.

I/We permit the School to submit this form to the hospital or registered medical practitioner during cases of emergencies that occur at school. / Chúng tôi đồng ý cho phép nhà trường cung cấp mẫu đơn này cho bệnh viện hoặc bác sĩ đã đăng ký trong các trường hợp khẩn cấp xảy ra tại trường.

I/We agree that both the School and Raffles Medical reserve the right to keep a copy of my child(ren)'s medical records within their premises. However, sharing and submission of medical records can only be done by me/us personally or after seeking my/our written permission during emergency cases. / Chúng tôi đồng ý rằng cả Nhà trường và phòng khám Raffles Medical đều có quyền lưu giữ một bản sao hồ sơ y tế của con tôi trong kho hồ sơ dữ liệu của 2 bên. Tuy nhiên, việc chia sẻ và gửi hồ sơ y tế chỉ có thể được thực hiện thông qua cá nhân tôi và gia đình hoặc sau khi nhận được sự cho phép bằng văn bản của tôi và gia đình trong trường hợp khẩn cấp.

I/We agree that there may be health conditions and diseases that are not previously detected and/or may arise after enrolment. If the child is deemed unfit to continue with his/her studies (after assessment by a registered physician) or when the School's medical facility is unable to provide necessary support, the School reserves the right to cease the child's enrolment in order to ensure his/her health. A refund of the remaining school days will be processed for parents. / Chúng tôi đồng ý rằng có thể có những bệnh tiềm ẩn chưa được phát hiện trước đây và có khả năng phát hiện bệnh trong quá trình học tập. Vì vậy vào thời điểm đó, nếu trường xét thấy điều kiện sức khỏe của trẻ không phù hợp cho việc tiếp tục học tập hoặc điều kiện trang thiết bị y tế của nhà trường không đảm bảo cho sự an toàn của trẻ. Nhà trường có quyền ngưng tiếp nhận trẻ và hoàn trả toàn bộ chi phí đã đóng còn lại cho phụ huynh.

Signature of Parent/ Guardian:

(Chữ ký của phụ huynh/ Người giám hộ): _____

SECTION 2 – MEDICAL HISTORY & CONDITIONS PHẦN 2 - BỆNH SỬ VÀ TÌNH TRẠNG BỆNH LÝ

1. STUDENT MEDICAL HISTORY & CONDITIONS / BỆNH SỬ HỌC SINH VÀ TÌNH TRẠNG BỆNH LÝ

Does your child have a history/currently experiencing any of the following CONDITIONS? / Con bạn có tiền sử/hiện tại trải qua bất kỳ tình trạng nào sau đây không?

Anemia / Thiếu máu	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes:	_____
Anxiety / Rối loạn lo âu	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes:	_____
Arthritis / Viêm khớp	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes:	_____
Asthma / Bệnh suyễn	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes:	_____
Birth Defects / Dị tật bẩm sinh	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes:	_____
Bipolar Disorder / Rối loạn lưỡng cực	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes:	_____
Bladder Problems / Vấn đề bàng quang	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes:	_____
Blood Disorder / Rối loạn máu	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes:	_____
Blood in Urine / Tiểu ra máu	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes:	_____
Bones/Joint Problems (E.g. Flat Feet...) / Những vấn đề xương	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes:	_____
Cardiovascular / Hệ tuần hoàn	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes:	_____
Consistent Cramping / Chứng chuột rút	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes:	_____
Dental Disorder/Problems / Rối loạn/Vấn đề Nha khoa	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes:	_____
Depression / Trầm cảm	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes:	_____
Diabetes / Tiểu đường	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes:	_____

Dizziness / <i>Chóng mặt</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes:	<input type="text"/>
Dyslexia / <i>Chứng khó đọc</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes:	<input type="text"/>
Eyes, Nose & Throat Problems / <i>Tai, mũi, họng</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes:	<input type="text"/>
Epilepsy (seizures) / <i>Động kinh</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes:	<input type="text"/>
Eye/Vision Problems / <i>Vấn đề về mắt/thị lực</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes:	<input type="text"/>
Eczema/Skin Problem / <i>Bệnh chàm/Vấn đề về da</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes:	<input type="text"/>
Hay Fever / <i>Viêm mũi dị ứng</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes:	<input type="text"/>
Heart Problems / <i>Vấn đề về tim</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes:	<input type="text"/>
Hepatitis / <i>Viêm gan</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes:	<input type="text"/>
High Blood Pressure / <i>Cao huyết áp</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes:	<input type="text"/>
Kidney Problems / <i>Vấn đề về thận</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes:	<input type="text"/>
Migraine Headaches / <i>Đau nửa đầu</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes:	<input type="text"/>
Persistent Cough / <i>Ho dai dẳng</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes:	<input type="text"/>
Persistent Nose Bleeds / <i>Chảy máu mũi thường xuyên</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes:	<input type="text"/>
Respiratory / <i>Hô hấp</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes:	<input type="text"/>
Rheumatic Fever / <i>Thấp khớp</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes:	<input type="text"/>
Ringing in Ears / <i>Ù tai</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes:	<input type="text"/>
Scoliosis / <i>Vẹo cột sống</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes:	<input type="text"/>
Stomach (E.g. Ulcer etc.) / <i>Dạ dày (loét, v.v.)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes:	<input type="text"/>
Tuberculosis / <i>Bệnh lao</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes:	<input type="text"/>
Others... / <i>Khác...</i>	<input type="text"/>		

2. FAMILY MEDICAL HISTORY & CONDITIONS / BỆNH SỬ GIA ĐÌNH VÀ TÌNH TRẠNG BỆNH LÝ

Has a direct family member of the child experienced any genetic medical conditions that the school needs to take precaution? / *Các thành viên trong gia đình có những bệnh lý di truyền nào mà nhà trường cần phải lưu ý?*

No Yes:

3. HOSPITALISATION & SURGERIES / NHẬP VIỆN & PHẪU THUẬT

Has your child undergone surgery in the past? / *Con bạn đã từng trải qua phẫu thuật hay chưa?*

No Yes:

Besides surgery, has your child been hospitalised for long-term medical treatments? / *Ngoài phẫu thuật, con bạn có nhập viện để điều trị các bệnh khác trong thời gian dài không?*

No Yes:



4. IMMUNISATION RECORD (TO BE REVIEWED BY PHYSICIAN) / HỒ SƠ CHỨNG NGỪA (ĐƯỢC BÁC SĨ KIỂM TRA)

Vaccination Tiêm chủng	Yes Có	No Không	Date of Last Injection Tiêm chủng lần cuối	Date of Next/Booster Injection (If Applicable) Ngày tiêm tiếp theo / Tiêm lại (nếu có)
Required / Bắt buộc				
Diphtheria / Bạch hầu				
Polio / Bại liệt				
Pertussis / Ho gà				
Measles, Mumps, Rubella (MMR)/ Sởi, Quai bị, Rubella				
Hepatitis A / Viêm gan A				
Hepatitis B / Viêm gan B				
Haemophilus influenzae type B (Hib) / Viêm phổi, viêm màng não				
Tetanus / Uốn ván				
Varicella (Chickenpox) / Thủy đậu				
BCG / Bệnh lao				
Recommended / Khuyến nghị				
HPV (over 9 years old) / Trên 9 tuổi				
Influenza / Cúm				
Japanese Encephalitis / Viêm não Nhật Bản				
Rabies / Bệnh dại				
Rotavirus / Tiêu chảy cấp				
Pneumococcal / Phế cầu				
Meningococcal / Não mô cầu				
Typhoid / Thương hàn				

Signature of Physician Reviewing: _____

Chữ ký của bác sĩ kiểm tra

Date of Review: _____

Ngày kiểm tra

5. MEDICATIONS, TREATMENTS AND ALLERGIES / THUỐC, ĐIỀU TRỊ VÀ CÁC DỊ ỨNG

Is your child seeing a physician on a regular basis for any reason?

Con bạn có đi khám bác sĩ định kỳ vì lý do gì không?

No Yes: _____

Is your child undergoing/taking any treatment or medication?

Con bạn có đang điều trị / dùng bất kỳ phương pháp hay thuốc nào không?

No Yes: _____

Does your child have a history of emotional/behavioural problems e.g. ADD/ADHD, anxiety?

Con bạn có bệnh sử các vấn đề về cảm xúc / hành vi không ví dụ như ADD/ADHD, lo lắng?

No Yes: _____

Has your child taken any medication for emotional/behavioural problems?

Con bạn đã dùng bất kỳ loại thuốc nào cho các vấn đề về cảm xúc/hành vi chưa?

No Yes: _____

Does your child have a history of developmental delays?

Con bạn có bệnh sử chậm phát triển không?

No Yes: _____

I/we agree to give consent* to Anne Hill International School to administer over-the-medication to reduce symptoms generated by minor illnesses e.g. Paracetamol. / Chúng tôi đồng ý * để Trường Quốc tế Anne Hill sử dụng thuốc không cần kê đơn để giảm các triệu chứng bệnh nhẹ, ví dụ: Paracetamol.

No Yes: _____

***Besides over-the-counter medication, the School will only administer medication/medication routine on behalf of parents when there is a prescription from a registered doctor. In such cases, parents are required to fill in a Medication Administration Authorisation Form before the School administers medicine to the child.. / ***Xin lưu ý rằng, nhà trường sẽ chỉ cho trẻ uống thuốc do Bác sĩ kê đơn hoặc các loại thuốc bán mà không cần toa. Trong trường hợp này phụ huynh sẽ được yêu cầu điền vào đơn đồng ý để nhà trường được phép cho trẻ uống thuốc (có toa và không có toa).

Is your child allergic to any/ Con bạn có dị ứng với:

Medication / Thuốc: No Yes: _____

Food / Thức ăn: No Yes: _____

Animal / Động vật: No Yes: _____

Insects / Côn trùng: No Yes: _____

Other Items / Loại khác: No Yes: _____

6. SPECIAL EDUCATION NEEDS / HỖ TRỢ GIÁO DỤC ĐẶC BIỆT

Does your child have specific educational needs? / Con bạn có cần sự hỗ trợ giáo dục đặc biệt không? No Yes: _____

Has your child received Speech Therapy, Occupational Therapy or Physiotherapy? / Con bạn đã nhận được Trị liệu chậm nói, Trị liệu phục hồi và Vật lý trị liệu? No Yes: _____

Does your child have any medical condition that limits or affects his/her participation in physical education? / Con của bạn có vấn đề gì hạn chế hoặc ảnh hưởng đến việc tham gia giáo dục thể chất của trẻ không? No Yes: _____

Does your child wear a hearing aid or require other medical equipment during the school day? / Con bạn có đeo máy trợ thính hoặc thiết bị hỗ trợ y tế khác trong suốt quá trình học tập tại trường không? No Yes: _____

Does your child have trouble with vision? / Con bạn có vấn đề về thị lực? No Yes: _____

Has your child received/is receiving special education support? / Con bạn có đã/đang nhận sự giúp đỡ của giáo dục đặc biệt không? No Yes: _____

Has your child undergone any form of assessment by an educational psychologist or specialist to determine his/her level of special education needs (e.g. shadow teacher)? / Con bạn đã trải qua bất kỳ hình thức đánh giá nào bởi nhà giáo dục tâm lý hoặc chuyên gia tâm lý để xác định mức độ nhu cầu giáo dục đặc biệt của trẻ (ví dụ: giáo viên kèm riêng tại lớp)? No Yes: _____

In the case where no formal assessment is made, the school reserves the right to request for a formal assessment should a child display behaviour that needs to be confirmed / Trong trường hợp con bạn chưa thực hiện việc đánh giá từ chuyên gia, xét thấy cần thiết nhà trường có quyền yêu cầu chuyên gia tâm lý xác nhận hành vi cần được đánh giá của con bạn.

The partnering clinic that AHI has chosen for AHI Student Health Check is Raffles Medical International Clinic as the medical centre is familiar with the examinations to complete this form. **Upon completion of the enrolment process for AY 2021 - 2022, AHI will issue each student a free physical examination voucher (applicable for one time) at Raffles Medical. Please / Phòng khám đối tác mà trường Quốc tế Anne Hill lựa chọn cho việc Kiểm tra Sức khỏe Học sinh là Phòng khám Quốc tế Raffles Medical vì đối tác y tế này đã quen thuộc với trình tự kiểm tra thể chất cần phải thực hiện để hoàn thành biểu mẫu kiểm tra sức khỏe mà nhà trường yêu cầu cho việc nhập học. Sau khi hoàn tất thủ tục nhập học cho AY 2021-2022, nhà trường sẽ cấp cho mỗi học sinh một phiếu khám sức khỏe miễn phí có giá trị sử dụng một lần tại Raffles Medical.**

SECTION 3 – PHYSICAL EXAMINATION / KIỂM TRA THỂ CHẤT

TO BE COMPLETED BY REGISTERED PHYSICIAN / PHẦN GHI CHÉP CỦA BÁC SĨ

Conclusions and recommendations/Physician precautionary advice for physical education at school / **Kết luận và khuyến nghị/Lời khuyên phòng ngừa của bác sĩ đối với giáo dục thể chất ở trường:**

Name of examining physician <i>Tên bác sĩ khám</i>	Signature of examining physician <i>Chữ ký bác sĩ khám</i>	Exam Date / Ngày khám (DD/MM/YYYY) / (Ngày/Tháng/Năm)
Dr/ Bs:		



1. PHYSICAL EXAMINATION / KIỂM TRA THỂ CHẤT

Head and Neck <i>Đầu và Cổ</i>		Respiratory / Hô hấp		Cardiovascular / Tim mạch & Tuần hoàn	
Ears, Nose, Throat / Tai, Mũi, Họng		Skin / Da		Abdomen / Bụng	
Eyes / Mắt		Genito-urinary System / Hệ bài tiết & sinh sản		Evidence of Mental Illness / Bằng chứng về bệnh hệ thần kinh	
Mouth/Dental <i>Miệng/Nha khoa</i>		Hand, Elbow, Leg, Ankle / Tay, khuỷu tay, chân, cổ chân		Allergies / Dị ứng	
Nervous System / Hệ thần kinh		Bone Extreminities and Spine / Bệnh lý về xương và cột sống		Chronic Medical Problems / Các vấn đề y tế mãn tính	

Any other abnormalities / Bất kỳ bất thường nào khác

VISUAL ACUITY / THỊ LỰC

	Right Eye / Mắt phải	Left Eye / Mắt trái
Without Glasses <i>Không có kính</i>		
With Glasses <i>Có kính</i>		

COLOUR VISION / TẦM NHÌN MÀU SẮC

HEARING WHISPERED VOICE NGHE GIỌNG NÓI KHI CÓ

RIGHT EAR
TAI PHẢI

LEFT EAR
TAI TRÁI

BLOOD PRESSURE / HUYẾT ÁP

/

After 1 minute if first value abnormal
Sau 1 phút nếu giá trị đầu tiên bất thường

PULSE RATE / NHỊP TIM

/ minute (phút)

PULSE RHYTHM / NHỊP ĐẬP

PLEASE ELABORATE ON ALL "Abnormal" ANSWERS / VUI LÒNG GIẢI THÍCH NẾU KIỂM TRA CÓ "sự bất thường":



2. RADIOLOGY FINDINGS (IF REQUIRED) / CHỤP X-QUANG (NẾU CÓ CHỈ ĐỊNH)

Chest X-ray/ Chụp X quang ngực:

PARTNERING CLINIC / PHÒNG KHÁM ĐỐI TÁC

Families from Anne Hill International School are extended a 15% discount for student health checks and other medical services throughout the year. / Phụ huynh từ Trường Quốc tế Anne Hill sẽ được giảm giá 15% cho việc kiểm tra sức khỏe học sinh và các dịch vụ y tế khác trong suốt cả năm.

RAFFLES MEDICAL INTERNATIONAL CLINIC HCMC

(Mon – Fri: 8:00AM – 8:00PM, Sat: 8:00AM – 5:00PM, Sun: 8:00 AM - 12.30PM)

167A Nam Ky Khoi Nghia, District 3, Ho Chi Minh City, Vietnam

Tel: (028) 38240777

Email: frontdesk_hcmc@rafflesmedical.com

PHÒNG KHÁM ĐA KHOA QUỐC TẾ RAFFLES

(Thứ Hai - Thứ Sáu: 8:00 AM - 5:00 PM, Thứ Bảy: 8:30 AM - 5:00 PM, Sun: 8:00 AM - 12.30 PM)

167A Nam Kỳ Khởi Nghĩa, Quận 3, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

ĐT: +84 28 3824 0777

Email: frontdesk_hcmc@rafflesmedical.com

EMERGENCY SITUATION / TRƯỜNG HỢP CẤP CỨU

The School is authorised by the parent through his/her signing of the Registration Form, to seek appropriate medical consultation and treatment for the child. / Thông qua việc ký tên vào Biểu mẫu đăng ký nhập học, phụ huynh sẽ ủy quyền cho nhà trường để nhận sự tư vấn và điều trị y tế thích hợp cho trẻ.

The School will endeavour to the best of its ability to consult with emergency medical personnel. The authorisation is valid until the child is withdrawn from the School. All expenses incurred by the School or staff (e.g. transport, medical fees) arising from such an event that are not covered under the accident insurance plan will be borne by the child's parents. / Nhà trường sẽ cố gắng hết khả năng của mình thông qua sự trợ giúp của các nhân viên y tế trong trường hợp khẩn cấp. Giấy ủy quyền có hiệu lực cho đến khi trẻ thôi học tại trường. (Tất cả các chi phí phát sinh (ví dụ: phí vận chuyển, phí y tế) từ những trường hợp cấp cứu mà không được phạm vi bảo hiểm tai nạn của nhà trường chi trả, sẽ do cha mẹ của học sinh đó chịu).

The School will direct all emergencies to *9999 (24/7 Emergency Hotline by Family Medical Practice Vietnam). The School will follow all instructions directed by Family Medical Practice Vietnam. / Nhà trường sẽ chuyển tất cả các trường hợp khẩn cấp đến * 9999 (Đường dây nóng khẩn cấp 24/7 của Family Medical Practice Việt Nam). Trường sẽ tuân thủ theo tất cả các hướng dẫn do Family Medical Practice Việt Nam hướng dẫn.

FMP DISTRICT 2 MEDICAL CENTER

(Mon – Fri: 8:00AM – 5:00PM, Sat: 8:30AM – 12:30PM)

95 Thao Dien Street, Thu Duc City, HCM City, Vietnam

Tel: +84 28 3744 2000

Fax: +84 28 3744 6382

Email: d2.reception@vietnammedicalpractice.com

TRUNG TÂM Y TẾ FMP QUẬN 2

(Thứ Hai - Thứ Sáu: 8:00 AM - 5:00 PM, Thứ Bảy: 8:30 AM - 12:30 PM)

95 Thảo Điền, Thành phố Thủ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

ĐT: +84 28 3744 2000

Fax: +84 28 3744 6382

Email: d2.reception@vietnammedicalpractice.com