



Los Angeles Unified School District
Medical Services Division
Permanent Health History



Student's Name: \_\_\_\_\_ Birth Date: \_\_\_\_\_ Legal Sex: (Select One) [ ] Male [ ] Female [ ] Non-binary [ ] Intersex
Gender: (Select One) [ ] Male [ ] Female [ ] Non-Binary

Last School or Children's Center Attended: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian's Name: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_ Health Care Plan: \_\_\_\_\_
City, State: \_\_\_\_\_ Present Grade: \_\_\_\_\_ Primary Healthcare Provider: \_\_\_\_\_

Has Child Ever Been Hospitalized? [ ] Yes [ ] No

Name of Hospital \_\_\_\_\_
City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_
(Month/Year) \_\_\_\_\_
Reasons for Hospitalization \_\_\_\_\_

Is Child on Medication? [ ] Yes [ ] No

Name of Medication(s) \_\_\_\_\_
Name of Medication(s) \_\_\_\_\_
Name of Medication(s) \_\_\_\_\_
Name of Medication(s) \_\_\_\_\_

Are Physical Activities Limited? [ ] Yes [ ] No

If so, please explain: \_\_\_\_\_

Child's Illness (Past or Present) Please check all that apply:

- [ ] Asthma [ ] Kidney Problems
[ ] Blood Disease [ ] Measles
[ ] Chickenpox [ ] Meningitis
[ ] Diabetes [ ] Mumps
[ ] Drug or Other Allergy [ ] Positive Tuberculosis Skin Test
[ ] Eye Problem [ ] Rubella
[ ] Head Injury [ ] Seizures/Unconscious
[ ] Hearing Loss [ ] Speech Problem
[ ] Heart Condition/Murmur [ ] Wears Glasses/Contacts
[ ] High Blood Pressure [ ] Pertussis (Whooping Cough)
[ ] Hives or Eczema

\* Other Serious Accidents or Illness (Describe) \_\_\_\_\_

Birth History:

Child's Birth Weight: \_\_\_\_\_ Describe any birth complications: \_\_\_\_\_

Do you have any questions or concerns about your child's health (related to current or past health, biological immediate family history, etc.)? \_\_\_\_\_

Parent/Guardian's Name: \_\_\_\_\_ Parent/Guardian's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



**Pinag-isang Distrito ng Paaralan ng Los Angeles  
(Los Angeles Unified School District)  
Dibisyon ng Serbisyong Medikal  
Permanenteng Rekord ng Kalusugan**



Pangalan ng Estudyante: \_\_\_\_\_ Petsa ng Kapanganakan: \_\_\_\_\_ Legal na Kasarian: (Pumili ng Isa)  Lalaki  Babae  Non-binary  Intersex  
Apelyido Pangalan Gitnang pangalan Kasarian: (Pumili ng Isa)  Lalaki  Babae  Non-binary

Huling Pinasukang Paaralan o Sentrong Pambata (Children's Center): \_\_\_\_\_

Pangalan ng Magulang/Tagapag-alaga: \_\_\_\_\_ Paaralan: \_\_\_\_\_ Plano sa Pangangalagang Pangkalusugan: \_\_\_\_\_

Lungsod, Estado: \_\_\_\_\_ Kasalukuyang Baitang: \_\_\_\_\_ Pangunahing Tagapagkaloob ng Pangangalagang Pangkalusugan: \_\_\_\_\_

Naranasan na bang maospital ng bata? \_\_\_\_\_  
Oo Hindi

Pangalan ng Ospital \_\_\_\_\_  
 Lungsod \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
 (Buwan/Taon) \_\_\_\_\_  
 Mga Dahilan ng Pagkakaospital \_\_\_\_\_

May Iniinom bang Gamot ang Bata? \_\_\_\_\_  
Oo Hindi

Pangalan ng (mga) Gamot \_\_\_\_\_  
 Pangalan ng (mga) Gamot \_\_\_\_\_  
 Pangalan ng (mga) Gamot \_\_\_\_\_  
 Pangalan ng (mga) Gamot \_\_\_\_\_

Limitado ba ang mga Pisikal na Aktibidad? \_\_\_\_\_  
Oo Hindi

Kung gayon, mangyaring ipaliwanag: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Sakit ng Bata (Nakaraan o Kasalukuyan) Pakilagyan ng tsek ang lahat ng naaangkop:**

- |  |  |
|--|--|
| _____ Hika                               | _____ Mga Problema sa Bato                           |
| _____ Sakit sa Dugo                      | _____ Tigdas   |
| _____ Bulutong                           | _____ Meningitis                                     |
| _____ Diyabetes                          | _____ Beke   |
| _____ Gamot o Iba pang Allergy           | _____ Pagsusuri sa Balat ng Positibo sa Tuberculosis |
| _____ Problema sa Mata                   | _____ Tigdas-hangin                                  |
| _____ Pinsala sa Ulo                     | _____ Mga seizure/Pagkawala ng malay                 |
| _____ Pagkawala ng Pandinig              | _____ Problema sa Pagsasalita                        |
| _____ Sakit sa/Lagaslas na tunog ng Puso | _____ Nagsusuot ng Salamin/Contact Lens              |
| _____ Mataas na Presyon ng Dugo          | _____ Pertussis (Ubong Dalahit)                      |
| _____ Pantal or Eksema                   |  |

\* Iba Pang Malubhang Aksidente o Sakit (Ilarawan) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Kasaysayan ng Kapanganakan:**

Timbang ng Bata noong Kapanganakan: \_\_\_\_\_ Ilarawan ang anumang komplikasyon sa panganganak: \_\_\_\_\_

Mayroon ka bang anumang tanong o alalahanin tungkol sa kalusugan ng iyong anak (kaugnay ng kasalukuyan o nakaraang kalusugan, kasaysayan ng biyolohikal na kapamilya, atbp.)?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Pangalan ng Magulang/Tagapag-alaga: \_\_\_\_\_ Lagda ng Magulang/Tagapag-alaga: \_\_\_\_\_ Petsa: \_\_\_\_\_