



Los Angeles Unified School District
Office of the Chief Medical Director
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 _____

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

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: _____

* 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: _____



**Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles
Oficina del Director General Médico
Historial Permanente de Salud**



Nombre del Estudiante: _____ **Fec. Nac.:** _____ **Género Legal:** (Marque uno) Masculino Femenino No binario Intersexual
 Apellido Nombre Segundo Nombre **Género:** (Marque uno) Masculino Femenino No binario

Última Escuela o Centro Infantil al que Asistió: _____

Nombre del Padre/Tutor Legal: _____ **Escuela:** _____ **Plan de Seguro Médico:** _____
Ciudad, Estado: _____ **Grado Actual:** _____ **Proveedor de Atención Médica:** _____

¿El estudiante ha sido hospitalizado? _____ **Sí** _____ **No**

Nombre del Hospital _____
Ciudad _____ **Estado** _____
(Mes / Año) _____
Motivo de la Hospitalización _____

¿Toma el estudiante medicamento? _____ **Sí** _____ **No**

Nombre del Medicamento _____
Nombre del Medicamento _____
Nombre del Medicamento _____
Nombre del Medicamento _____

¿Limitación de actividad física? _____ **Sí** _____ **No**

En caso afirmativo, explique: _____

Enfermedad del Estudiante (Actual o Previa) Marque todas las que apliquen:

- | | |
|--|--|
| _____ Asma | _____ Problemas Renales |
| _____ Enfermedad Sanguínea | _____ Sarampión |
| _____ Varicela | _____ Meningitis |
| _____ Diabetes | _____ Paperas |
| _____ Alergia a Medicamento u Otra Cosa | _____ Resultado positivo cutáneo de TB |
| _____ Problemas de la Vista | _____ Rubeola |
| _____ Lesión en la Cabeza | _____ Convulsiones/Inconsciente |
| _____ Pérdida de Audición | _____ Problema del Habla |
| _____ Condición / Soplo Cardíaco | _____ Usa Lentes Recetados/ de Contacto |
| _____ Alta Presión Sanguínea | _____ Tos Ferina |
| _____ Urticaria o Eccema | |

*** Otros accidentes o enfermedades graves (describa)** _____

Antecedentes Obstétricos:

Peso del Estudiante al Nacer: _____ **Describe cualquier complicación durante el parto:** _____

¿Tiene alguna pregunta o inquietud sobre la salud de su estudiante (relacionado con antecedentes actuales o previos de la salud, historial de la familia biológica inmediata, etc.)?

Nombre del Padre/Tutor Legal: _____ **Firma del Padre/Tutor Legal:** _____ **Fecha:** _____