LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT – **PERMANENT HEALTH HISTORY**

Students Name _____ Sex: M ___ F___ Birth Date _____
LAST FIRST MIDDLE MONTH DAY YEAR

Last School or Children's Center Attended:_____
Name
Location _____
City & State
Present Grade _____
SPECIAL CLASS OR SCHOOL _____

Health Care Provider/Physician _____
Date of late physical examination _____
Family Dentist _____
Date of last dental examination _____

FAMILY:	Living with child(Names)		HEALTH
Father			
Mother			
Stepparent			
Others			
Brothers	How Many Older	How Many Younger	HEALTH
Sisters			

Has child ever been hospitalized overnight? Yes ___ No ___
Name of hospital _____City_____State_____
Dates in hospital _____
Reasons for hospitalization _____
_____
Is child on medication? Yes ____ No ____
Name of medicine _____
Amount _____ Frequency _____
Are physical activities limited? Yes _____ No_____
If yes, reason for limitation: _____

CHILD'S ILLNESS (past or present) please check (√):

	Yes	NO		Yes	NO
Chickenpox			Frequent sore throat		
Meningitis			Ear aches/infections		
Mumps			Hearing loss		
Rubella (3 day measles)			Speech problem		
Rubeola (10-day measles)			Eye problem		
Whooping Cough			Wears glasses/contacts		
Positive TB Skin Test			Heart condition/murmur		
Bronchitis			High Blood Pressure		
Pneumonia			Kidney Problem		
Asthma			Diabetes		
Hives or Eczema			Blood disease		
Drug or Other Allergy			Menstrual problem		
Head Injury			Hernia		
Seizures/Unconscious			Parasites(worms)		

Other serious accidents or illness (describe) _____

BIRTH HISTORY

MOTHER'S PREGNANCY:	YES	NO
Infections		
Bleeding		
High Blood Pressure		
Toxemia		
Diabetes		
Other Complications of Pregnancy		
9-Month Pregnancy		
Type of Delivery		

Child's birth weight_____

child's birth condition (check) good _____ poor _____
If poor, describe: _____
_____

ILLNESS DURING FIRST 2 WEEKS OF LIFE:	YES	NO
Trouble breathing		
Seizures		
Cyanosis(blue color)		
Jaundice(yellow color)		
Feeding problems		
Anemia		
Birth defect		
Required incubator		
Went home with mother		

DEVELOPMENT HISTORY

At what age did your child:
Sit alone _____ Crawl _____
Stand alone _____ Walk _____
Say words _____ Use sentences _____
Toilet train _____ Feed self _____

PLEASE CHECK ( ) DOES YOUR CHILD:

	YES	NO		YES	NO
Enjoy learning			Bite nails		
Like school			Suck thumb		
Like other children			Wet bed		
Eat well			Seem shy		
Drink milk			Fall frequently		
Eat Breakfast			Have temper tantrums		
Sleep well			Seem overactive		
Follow directions					

What time does your child go to bed? _____

Do you have any questions or concerns about your child's health?
Please list. _____

_____ _____
Date Parent/Guardian Signature
_____ _____
Date History taken by (Name)
_____
Title
_____
Name of School

FORM 34-EH-67 7/86
STK. NO. 815292
C.C.9661215292

LOS ANGELES UNFIED SCHOOL DISTRICT
Student Health and Human Services Division

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ÁNGELES **HISTORIAL PERMANENTE DE LA SALUD**

Estudiante _____ Sexo: M____F____FDN _____
APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE MES DÍA AÑO

Ultima escuela a la que asistió el menor _____
Nombre
Lugar _____
Ciudad y Estado
Grado actual _____
CLASE O ESCUELA ESPECIAL _____

Cuidado de la salud Proveedor/médico _____
Fecha del último examen físico _____
Dentista de la familia _____
Fecha del último examen dental _____

FAMILIA: Padre	Vive con el niño (nombres)		SALUD
Madre			
Padrastro/Madrastra			
Otros			
Hermanos	¿cuántos mayores?	¿cuántos menores?	SALUD
Hermanos			

¿Ha pasado la noche en un hospital? Sí____ No____
Nombre del hospital _____Ciudad _____Estado _____
Fechas en el hospital _____
Motivos de la hospitalización _____
_____
Indicar si el menor toma medicamentos: Sí____No ____
Nombre del medicamento:_____
Cantidad_____Frecuencia _____
Indicar si se le limitaron actividades - Sí____ No ____
En caso afirmativo, razón de la limitación: _____
_____

ENFERMEDADES DEL NIÑO (anteriores o actuales) favor de marcar (√):

	Sí	No		Sí	No
Varicela			Dolor de garganta		
Meningitis			Dolor del oído/infecciones		
Paperas			Pérdida Auditiva		
Rubeola (sarampión de 3 días)			Problema del habla		
Rubeola (sarampión de 10 días)			Problema de la vista		
Tos ferina			Usa lentes/contacto		
Resultados positivos en la Prueba cutánea de TB			Condición cardiaca/soplo		
Bronquitis			Alta presión arterial		
Neumonía			Problemas Renales		
Asma			Diabetes		
Urticaria o eczema			Enfermedad sanguínea		
Alergia: medicamento/otro			Problema menstrual		
Lesión de la cabeza			Hernia		
Convulsiones/desmayos			Parásitos (lombrices)		

Otros accidentes o enfermedades graves (describir) _____

HISTORIAL DE NACIMIENTO:

EMBARAZO DE LA MADRE:	SÍ	NO
Infecciones		
Sangrado		
Alta presión arterial		
Toxemia		
Diabetes		
Otras complicaciones del embarazo		
Embarazo de 9 meses		
Tipo de parto		

Peso al nacer_____

Condición al nacer (marque) buena_____ deficiente _____
De ser deficiente, describa: _____
_____

ENFERMEDADES DURANTE LAS PRIMERAS 2 SEMANAS:	SÍ	NO
Dificultad respiratoria		
Convulsiones		
Cianosis (color azulado)		
Ictericia (color amarillento)		
Problemas alimentarios		
Anemia		
Defecto de nacimiento		
Precisó incubadora		
Se le dio de alta con su madre		

HISTORIAL DE DESARROLLO:

Indicar la edad en la que su hijo:
Se sentó solo_____ Gateó_____
Se puso de pie solo_____ Caminó_____
Pronunció palabras_____ oraciones _____
Usó el inodoro_____ Comió independientemente _____

FAVOR DE MARCAR ( ) LAS OPCIONES CORRESPONDIENTES A SU HIJO:

	SÍ	NO		SÍ	NO
Disfruta del aprendizaje			Se muerde las uñas		
Le agrada la escuela			Se chupa el dedo		
Le agradan los demás niños			Moja la cama		
Come bien			Parece tímido		
Bebe leche			Se cae frecuentemente		
Desayuna			Hace berrinches		
Duerme bien			Parece hiperactivo		
Sigue indicaciones					

¿A qué hora se duerme? _____

¿Tiene alguna pregunta o inquietud sobre la salud de su hijo? Favor de anotar: _____

_____ _____
Fecha Firma del padre/tutor
_____ _____
Fecha Historial a cargo de
_____
(nombre) título
_____
Nombre de la Escuela

FORMULARIO 34-
EH-67 7/86
STK. NO. 815292

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES
División de Servicios Humanos y de Salud Estudiantil