Los Angeles Unified School District
Medical Services Division
Permanent Health History

Student's Name: _____ **Birth Date**: _____

Last First Middle

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 (Whopping 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:** _____

洛杉磯聯合校區
醫療服務科
永久健康記錄

學生的姓名：_____ 出生日期：___ ___ ___
姓氏 名字 中間名

法定性別：（選擇一項）☐ 男 ☐ 女 ☐ 非二元性別 ☐ 跨性別
性別：（選擇一項）☐ 男 ☐ 女 ☐ 非二元性別

上一所就讀的學校或兒童中心：_____

*家長/監護人的姓名：*_____ *學校：*_____ *醫療保健計劃：*_____
*城市，州：*_____ *當前年級：*_____ *醫療保健提供者：*_____

孩子是否曾經住院？ ☐ ☐
是 否

醫院的名稱_____
城市_____州_____
（年/月）_____
住院的原因_____
_____

孩子是否正在服藥？ ☐ ☐
是 否

藥物名稱_____
藥物名稱_____
藥物名稱_____
藥物名稱_____

體力活動是否受限？ ☐ ☐
是 否

如是，請說明：_____
_____

孩子的疾病（過去或現在）請勾選所有適用項：

☐ 哮喘
☐ 血液病
☐ 水痘
☐ 糖尿病
☐ 藥物或其他過敏
☐ 眼部問題
☐ 頭部受傷
☐ 聽力損失
☐ 心臟病/雜音
☐ 高血壓
☐ 蕁麻疹或濕疹
☐ 腎臟問題
☐ 痲疹
☐ 腦膜炎
☐ 腮腺炎
☐ 肺結核皮試陽性
☐ 風疹
☐ 癲癇發作/失去知覺
☐ 言語問題：
☐ 佩戴眼鏡/隱形眼鏡
☐ 百日咳

**其他嚴重事故或疾病（請說明）*_____
_____
_____

出生記錄：

孩子的出生體重：_____請說明任何出生時的併發症：_____
您對您孩子的健康是否有任何疑問或擔憂（*與目前或過去的健康狀況、生物學即時家庭史等相關*）？
_____

家長/監護人的姓名：_____ 家長/監護人簽名：_____日期：_____