



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
Last First Middle 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: _____

نام دانش آموز: _____ تاریخ تولد: _____
تخلص _____ نام _____ وسط _____

آخرین مدرسه یا مرکز کودکان که در آن حضور یافته: _____

نام والدین/سرپرست: _____ مدرسه: _____
شهر، ایالت: _____ نمره فعلی: _____
طرح مراقبت های بهداشتی: _____
ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی اولیه: _____

آیا تا به حال کودک در بیمارستان بستری شده است؟

بله _____ خیر _____

نام بیمارستان _____
شهر _____ ایالت _____
(ماه/سال) _____
دلایل بستری شدن در بیمارستان _____

آیا کودک تحت درمان است او از دارو استفاده میکند؟

بله _____ خیر _____

نام دارو(ها) _____
نام دارو(ها) _____
نام دارو(ها) _____
نام دارو(ها) _____

آیا فعالیت بدنی شان محدود است؟

بله _____ خیر _____

اگر چنین است لطفا توضیح دهید: _____

بیماری کودک (گذشته یا حال) لطفاً موارد زیر را بررسی کنید:

مشکلات کلیوی _____	نفس تنگی _____
سرخک _____	بیماری خونی _____
مننژیت _____	آبله مرغان _____
گوشک _____	دیابت _____
تست مثبت پوستی سل _____	دارو یا سایر آلرژی ها _____
سرخجه _____	مشکل چشم _____
تشنج/بیهوشی _____	آسیب سر _____
مشکل گفتاری _____	از دست دادن شنوایی _____
عینک میزند/تماس میگرد _____	وضعیت قلب/سوفل قلبی _____
سیاه سرفه _____	فشار خون بالا _____
	کهیر یا اگزما _____

* سایر حوادث یا بیماری های جدی (توضیح دهید) _____

سابقه تولد:

وزن کودک هنگام تولد: _____ هر گونه عوارض زایمان را توضیح دهید: _____
آیا در مورد سلامت فرزندان سوال یا نگرانی دارید (مرتبط با سلامت فعلی یا گذشته، سابقه بیولوژیکی خانواده و غیره)؟ _____

نام والدین/سرپرست: _____ امضای والدین/سرپرست: _____ تاریخ: _____