



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: _____



Объединенный школьный округ Лос-Анджелеса
Отдел медицинского обслуживания
Постоянная история болезни



Имя учащегося: _____ Дата рождения: _____ Юридический пол: (Выберите один вариант) ☐ Муж ☐ Жен ☐ Небинарн. ☐ Интерсекс
Фамилия Имя Ср. имя Гендер: (Выберите один вариант) ☐ Муж ☐ Жен ☐ Небинарн.

Последняя посещавшаяся школа или детский центр: _____

ФИО родителя/опекуна: _____ Школа: _____ План медобслуживания: _____

Город, штат: _____ Текущий класс: _____ Основной лечащий врач: _____

Попадал ли ребенок в больницу? _____
Да Нет

Название больницы _____
Город _____ Штат _____
(Месяц/год) _____
Причины госпитализации _____

Принимает ли ребенок лекарства? _____
Да Нет

Название лекарств(а) _____
Название лекарств(а) _____
Название лекарств(а) _____
Название лекарств(а) _____

Ограничена ли физическая активность? _____
Да Нет

Если да, поясните: _____

Болезни ребенка (в прошлом или настоящем) Отметьте все подходящие варианты:

_____ Астма	_____ Проблемы с почками
_____ Заболевание крови	_____ Корь
_____ Ветряная оспа	_____ Менингит
_____ Диабет	_____ Свинка
_____ Лекарственная или другая аллергия	_____ Положительная кожная проба на туберкулез
_____ Проблема с глазами	_____ Краснуха
_____ Травма головы	_____ Судороги/потеря сознания
_____ Потеря слуха	_____ Проблема с речью
_____ Болезнь сердца/шум	_____ Носит очки/линзы
_____ Высокое кровяное давление	_____ Коклюш
_____ Крапивница или экзема	

* Другие серьезные несчастные случаи или болезни (опишите) _____

Анамнез родов:

Вес ребенка при рождении: _____ Опишите любые осложнения при родах: _____

Есть ли у вас какие-либо вопросы или опасения по поводу здоровья вашего ребенка (связанные с текущим или прошлым состоянием здоровья, историей ближайших биологических родственников и т. д.)?

ФИО родителя/опекуна: _____ Подпись родителя/опекуна: _____ Дата: _____