



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: _____



Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles
División de Servicios Médicos
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: _____ Describa 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: _____