

# DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES - HISTORIA MEDICA PERMANENTE (Permanent Health History)

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Sexo: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento \_\_\_\_\_  
APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE MES DÍA AÑO

Ultima Escuela o Centro Inantil Que Asistió: \_\_\_\_\_  
Nombre  
 Localidad \_\_\_\_\_  
Ciudad y Estado  
 Grado Actual \_\_\_\_\_  
 ESCUELA O CLASE ESPECIAL \_\_\_\_\_

Proveedor Médico o Doctor \_\_\_\_\_  
 Fecha del último examen físico \_\_\_\_\_  
 Dentista Familiar \_\_\_\_\_  
 Fecha del último examen dental \_\_\_\_\_

FAMILIARES:	Viven con el Niño/a (Nombres)	Estado de Salud
Papá		
Mamá		
Padrastos		
Otros		
Hermanos	Cuantos Mayores _____ Cuantos Menores _____	Estado de Salud _____
Hermanas		

ENFERMEDADES (pasados o presentes) - favor de indicar (✓):

	SI	NO		SI	NO
Varicela (viruelas locas)			Padecimientos de garganta frecuentes		
Meningitis			Dolor de oído (Infección)		
Parotiditis (Paperas Orejones)			Pérdida del oír		
Rubela (Sarampión de 3-días)			Problema del habla		
Rubeola (Sarampión de 10-días)			Problema de la vista		
Tos Ferina; Coqueluche			Usa lentes/o de contacto		
Prueba T.B. positiva (piel?)			Problemas cardíacos (Soplos)		
Bronquitis			Presión de sangre alta		
Pulmonía (pneumonia)			Problemas riñón		
Asma			Diabetes (azúcar en la sangre)		
Urticaria o Eczema			Enfermedades de la sangre		
Alergia medicamentosa u otra			Problemas menstruales		
Trauma Cefálico (de cabeza)			Hernias		
Ataques convulsivos o pérdida de conocimiento			Parásitos (lombrices)		
Alguna otra Enfermedad seria o accidente (detalles) _____					

¿Ha sido hospitalizado su niño/a más de 24 horas alguna vez? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Nombre de hospital \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
 Fechas de hospitalización: \_\_\_\_\_  
 Causa de hospitalización: \_\_\_\_\_  
 ¿Está tomando algún medicamento? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_  
 Dosis: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene alguna actividad limitada? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Cual es la razón de la limitación si la hay: \_\_\_\_\_

( A LA VUELTA - FECHA Y FIRMAR)

## HISTORIA MEDICA PERMANENTE (continuación)

### DATOS MEDICOS DE NACIMIENTO DEL NIÑO/A:

DATOS MATERNAS DEL EMBARAZO Indique:

	SI	NO
Infecciones		
Sangrado		
Presión de sangre alta		
Toxemia		
Diabetes (azúcar en la sangre)		
Otras complicaciones		
Fué de meses el embarazo		
Método de alumbramiento o parto		
Peso del bebé al nacer _____		
Condición del bebé (anote) buena _____ mala _____		
Si mala explicar: _____		

### DATOS DE EL DESARROLLO:

A qué edad su niño/a:  
 Se sentó solo/a \_\_\_\_\_ Gateó \_\_\_\_\_  
 Se paró solo/a \_\_\_\_\_ Anduvo \_\_\_\_\_  
 Dijo sus primeras palabras \_\_\_\_\_ Habló en frases \_\_\_\_\_  
 Usó el baño solo/a \_\_\_\_\_ Alimentó solo/a \_\_\_\_\_

### FAVOR DE INDICAR (✓) SI NIÑO/A:

	SI	NO		SI	NO
Le gusta aprender			Se muerde las uñas		
Le gusta la escuela			Se chupa el dedo		
Se lleva bien con otros niños			Orina en la cama		
Come bien			Es tímido		
Toma y le gusta la leche			Se cae seguido		
Desayuna			Hace berrinches		
Duerme			Es demasiado activo		
Sigue direcciones					

PADECIMIENTOS DURANTE LAS PRIMERAS 2 SEMANAS DE VIDA:

	SI	NO
Problemas para respirar		
Convulsiones (ataques)		
Cyanosis (azulado)		
Ictericia (amarillo)		
Problema para mamar		
Anemia		
Defectos congénitos		
Necesitó incubadora		
Salió a casa con mamá		

¿A qué hora se acuesta? \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene usted alguna duda o pregunta acerca de la salud su niño/a?  
 Anótelas por favor. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_ Fecha del Padre/Madre o Guardián \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_ Nombre de la persona que tomó los datos \_\_\_\_\_

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

Student's Name \_\_\_\_\_ Sex: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_ Birth Date \_\_\_\_\_  
 LAST FIRST MIDDLE MONTH DAY YEAR

Last School or Children's Center Attended: \_\_\_\_\_  
 Location \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_  
 City & State \_\_\_\_\_  
 Present grade \_\_\_\_\_  
 SPECIAL CLASS OR SCHOOL \_\_\_\_\_

Health Care Provider/Physician \_\_\_\_\_  
 Date of last 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			

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			Sugar Diabetes		
Hives or Eczema			Blood disease		
Drug or Other Allergy			Menstrual problem		
Head Injury			Hernia		
Seizures/Unconscious			Parasites (worms)		

Has child ever been hospitalized overnight? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Name of hospital \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_  
 Dates in hospital \_\_\_\_\_  
 Reason for hospitalization \_\_\_\_\_  
 Is child on medication? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Name of medicine \_\_\_\_\_  
 Amount \_\_\_\_\_ Frequency \_\_\_\_\_  
 Are physical activities limited? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 If yes, reason for limitation: \_\_\_\_\_

Other serious accidents or illness (describe) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

(Over - to complete, date and sign)

**PERMANENT HEALTH HISTORY (continued)**

**BIRTH HISTORY:**

MOTHER'S PREGNANCY:

	YES	NO
Infections		
Bleeding		
High Blood Pressure		
Toxemia		
Sugar 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: _____		

**DEVELOPMENTAL HISTORY:**

P.O. 125-2002-6

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					

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		

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 \_\_\_\_\_