



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: _____



Լոս Անջելեսի միացյալ դպրոցական շրջան
Բժշկական ծառայությունների բաժին
Առողջության ընդհանուր պատմություն



Աշակերտի անունը. _____ Մենդյան ամսաթիվ. _____
Ազգանուն անուն երկրորդ անուն
Օրինական սեռը. (Ընտրեք մեկը) ☐ Արական ☐ Իգական ☐ ոչ բինար ☐ ինտերսեքս
Սեռը. (Ընտրեք մեկը) ☐ Արական ☐ Իգական ☐ ոչ

Վերջին դպրոցը կամ մանկական կենտրոնը, որը հաճախել եք. _____

Աշակերտի /խնամակալի անունը. _____ Դպրոց. _____ Առողջապահական պլան. _____

Քաղաք, նահանգ. _____ Ընթացիկ դասարանը. _____ Առաջնային բուժսպասարկման մատակարար. _____

Երեխան նախկինում հոսպիտալացվել է _____
Այո Ոչ

Հիվանդանոցի անունը _____
Քաղաք _____ նահանգ _____
(Ամիս/տարի) _____
Հոսպիտալացման պատճառը _____

Երեխան ընդունո՞ւմ է դեղամիջոցներ _____
Այո Ոչ

Դեղամիջոց(ներ)ի անվանումը _____
Դեղամիջոց(ներ)ի անվանումը _____
Դեղամիջոց(ներ)ի անվանումը _____
Դեղամիջոց(ներ)ի անվանումը _____

Ֆիզիկական ակտիվությունը սահմանափակ է _____
Այո Ոչ

Եթե այո, ապա մանրամասներ. _____

Երեխայի հիվանդությունը (Նախկին կամ ներկայիս) Նշեք բոլոր ճիշտ տարբերակները.

_____ Ասթմա	_____ Երիկամների խնդիրներ
_____ Արյան հիվանդություն	_____ Կարմրուկ
_____ Ջրծաղիկ	_____ Մենինգիտ
_____ Շաքարային դիաբետ	_____ Խոզուկ
_____ Դեղորայքային կամ այլ ալերգիա	_____ Տուբերկուլյոզի դրական մաշկային թեստ
_____ Աչքերի խնդիր	_____ Կարմրախտ
_____ Գլխի վնասվածք	_____ Նոսաներ/Գիտակցության կորուստ
_____ Լսողության կորուստ	_____ Խոսքի խնդիր
_____ Սրտի խնդիր/խշշոց	_____ Կրում է ակնոցներ/կոնտակտային լինզաներ
_____ Արյան բարձր ճնշում	_____ Կապույտ հազ (կապույտ հազ)
_____ Եղնջատենդ կամ էկզեմա	

* Այլ լուրջ վթարներ կամ հիվանդություն (նկարագրեք)

Մենդյան պատմությունը.

Երեխայի ծննդյան քաշը. _____ Նկարագրեք ծնվելիս ունեցած խնդիրները. _____
Ունե՞ք ձեր երեխայի առողջության վերաբերյալ մտահոգություններ կամ հարցեր (երեխայի ընթացիկ կամ նախկին առողջական վիճակի, անմիջական բիոլոգիական ընտանեկան պատմության և այլն) _____

Ծնողի/խնամակալի անունը. _____ Ծնողի/խնամակալի անունը. _____ Մենդյան ամսաթիվ. _____