*Student Health Services*

# PERMANENT STUDENT HEALTH HISTORY

School: ______________________________ Date: ______________

Name: ______________________________ Date of Birth: ____________ Sex: M ___ F___

Last School Attended: ______________ Last LBUSD School attended: ______________

Parent/Guardian's Name: ______________ Parent/Guardian's Name: ______________

Name of health insurance/plan: ______________________________ Medi-Cal? Yes ___ No ___

The following information is to be treated as confidential and will assist the School Nurse with the student's program. Notes from physicians should be taken to the School Nurse.

**Circle Yes or No**

1. Seasonal Allergies Yes No
   Takes medication for it? Yes No
   Medication needed at school? Yes No
   Name of medication ______________

2. Allergy to bee/insect sting Yes No
   Takes medication for it? Yes No
   Medication needed at school? Yes No
   Name of medication ______________

3. Food allergies Yes No
   List them ______________
   Reaction ______________
   Takes medication for it? Yes No
   Medication needed at school? Yes No
   Name of medication ______________

4. Other allergies Yes No
   List them ______________
   Reaction ______________
   Takes medication for it? Yes No
   Medication needed at school? Yes No
   Name of medication ______________

5. Asthma Yes No
   Takes medication for it? Yes No
   Medication needed at school? Yes No
   Name of medication ______________

6. Diabetes Yes No
   Tests blood sugar Yes No
   Takes insulin Yes No

7. Epilepsy/convulsions/seizures Yes No
   Taking medication for it now? Yes No
   Medication needed at school? Yes No
   Name of medication ______________
   Date of last seizure______________

8. Childhood diseases:
   Chicken Pox Yes No
   Scarlet Fever Yes No
   Meningitis Yes No

9. Frequent ear infections Yes No
   Hearing loss Yes No
   Wears hearing aids Yes No

10. Heart disease Yes No
    Physical limitations Yes No
    List them ______________

11. Speech problems Yes No

12. Significant head injuries Yes No
    Date ______________
    Description ______________

13. Surgery Yes No
    Date ______________
    Description ______________

14. Tuberculosis (TB) Yes No
    Type of treatment received ______________
    Family history of TB Yes No

15. Wears glasses Yes No
    Wears contact lens Yes No

16. Takes medications daily Yes No
    Medication needed at school? Yes No
    Name of medication ______________

17. Mental health/behavioral concerns Yes No
    List them ______________

18. Additional health information or concerns
    ______________

long beach unified school district

*Servicios de Salud Estudiantil* *Español*

# HISTORIAL PERMANENTE DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Escuela:______________________________ Fecha:______________

Nombre:______________________________ Fecha de Nacimiento:______________ Sexo: M____F____

Última escuela que asistió:______________________________ Última escuela de asistencia en Long Beach:______________________________

Nombre del Padre de Familia/Tutor: ______________________________ Nombre del Padre de Familia/Tutor:______________________________

Nombre del seguro médico/plan:______________________________ Medi-Cal? Sí ____ No _____

La siguiente información deberá ser tratada con confidencialidad y ayudará a la enfermera escolar con el programa del estudiante. Las notas del médico deberán ser entregadas a la enfermera escolar.

**Haga un círculo (Sí o No)**

1. Alergia Estacional Sí No
   ¿Toma medicamento? Sí No
   ¿Se necesita el medicamento en la escuela? Sí No
   Nombre del medicamento ______________________

2. Alergia a picadura de abejas/insectos Sí No
   ¿Toma medicamento? Sí No
   ¿Se necesita el medicamento en la escuela? Sí No
   Nombre del medicamento______________________

3. Alergias a los alimentos
   Nómbrelas ______________________
   Reacción ______________________
   ¿Toma medicamento? Sí No
   ¿Se necesita el medicamento en la escuela? Sí No
   Nombre del medicamento______________________

4. Otras Alergias
   Nómbrelas ______________________
   Reacción ______________________
   ¿Toma medicamento? Sí No
   ¿Se necesita el medicamento en la escuela? Sí No
   Nombre del medicamento______________________

5. Asma Sí No
   ¿Toma medicamento? Sí No
   ¿Se necesita el medicamento en la escuela? Sí No
   Nombre del medicamento______________________

6. Diabetes Sí No
   Pruebas de sangre Sí No
   Toma insulina Sí No

7. Epilepsia/convulsiones/ataques Sí No
   ¿Toma medicamento ahora? Sí No
   ¿Se necesita el medicamento en la escuela? Sí No
   Nombre del medicamento ______________________
   Fecha del último ataque ______________

8. Enfermedades infantiles:
   Varicela (viruelas) Sí No
   Fiebre escarlatina Sí No
   Meningitis Sí No

9. Infecciones frecuentes de oído Sí No
   Pérdida de la audición Sí No
   Usa aparatos auditivos Sí No

10. Enfermedades cardíacas Sí No
    Limitaciones físicas Sí No
    Nombre las limitaciones______________________

11. Problemas del habla Sí No

12. Lesiones de la cabeza Sí No
    Fecha ______________________
    Descripción ______________________

13. Cirugía Sí No
    Fecha ______________________
    Descripción ______________________

14. Tuberculosis Sí No
    Tipo de tratamiento recibido ______________________
    Tuberculosis en la familia Sí No

15. Usa lentes Sí No
    Usa lentes de contacto Sí No

16. ¿Toma medicamentos diariamente? Sí No
    ¿Se necesita el medicamento en la escuela? Sí No
    Nombre del medicamento______________________

17. Inquietudes de salud mental/conducta Sí No
    Nómbrelas ______________________

18. Información adicional de salud o preocupaciones
    ______________________________
    ______________________________