LYNWOOD UNIFIED SCHOOL DISTRICT
STUDENT SUPPORT SERVICES

ID# _____

Grade _____

HEALTH SERVICES
PERMANENT STUDENT HEALTH HISTORY

Student's Name: _____ School: **HOSLER MIDDLE** Date:_____

Last School Attended: _____ Birthdate: _____ Sex: M☐ F☐

Mother's Name: _____ Father's Name: _____

Name of health insurance/plan: _____ Medi-Cal? Yes☐ No☐

Doctor's Name: _____ Doctor's phone # _____

The following information is to be treated confidential and will assist the health office with the student's program. Note from physicians should be taken to the health office.

Circle Yes or No

1. Allergies/Fever ☐ Yes No☐
   *Takes medication for it ☐ Yes No☐
   *Name of medication: _____

2. Allergies to bee/insect sting ☐ Yes No☐
   *Takes medication for it ☐Yes No ☐
   *Name of medication: _____

3. Asthma ☐Yes No ☐
   *Take medication ☐Yes No ☐
   *Name of medication: _____

4. Childhood diseases:
   *Chickenpox ☐ Yes No☐
   *German measles (3 days) ☐Yes No ☐
   *Measles (Hard/10 days) ☐Yes No ☐
   *Mumps ☐Yes No ☐
   *Scarlet Fever ☐Yes No ☐
   *Meningitis ☐Yes No ☐

5. Colds/frequent sore throats ☐Yes No ☐

6. Diabetes ☐Yes No ☐
   *Test blood ☐Yes No ☐
   *Takes insulin ☐ Yes No☐

7. Epilepsy/Convulsion/Seizures? ☐Yes No ☐
   *Takes medication for it now ☐Yes No ☐
   *Name of medication(s): _____
   * Date of last seizure: _____

8. Ear infections ☐Yes No ☐
   *Hearing loss ☐Yes No ☐
   *Wears hearing aids ☐Yes No ☐

9. Hear disease ☐ Yes No☐
   *Physical limitations ☐ Yes No☐
   *List them: _____

10. Speech problems ☐ Yes No☐

11. Skull fracture or concussion ☐ Yes No☐
    Date: _____

12. Surgery ☐Yes No☐
    *Date: _____
    *Reason: _____

13. Tuberculosis ☐Yes No☐
    *Tuberculosis in family ☐ Yes No☐

14. Wears glasses ☐ Yes No☐
    *Wears contact lenses ☐ Yes No☐

15. Takes Medication(s) daily ☐Yes No ☐
    *List them:_____
    *Reason: _____

16. Special concerns: ☐ Yes No☐
    *Reason: _____
    *Name of Medication: _____
    _____

ADDITIONAL INFORMATION PROBLEMS

_____

_____

_____

LYNWOOD UNIFIED SCHOOL DISTRICT
SERVICIOS DE APOYO AL ESTUDIANTE

ID# _____

Grado _____

SERVICIOS DE LA SALUD
HISTORIAL PERMANENTE DE LA SALUD

Nombre: _____ Escuela: **HOSLER MIDDLE** Fecha:_____

Ultima escuela que asistió:_____ Fecha de nacimiento: _____ Sex: M☐ F☐

Nombre de la Madre: _____ Nombre del Padre: _____

Nombre del seguro medico: _____ Medi-Cal? Yes☐ No☐

Nombre del Medico: _____ Numero telefónico del Medico: _____

La siguiente información es estrictamente confidencial y ayudara a la técnica de salud escolar con el programa del alumno. Las notas del medico deben de entregarse a la oficina de la técnica de salud escolar.

Circule Si o No

1. Alergias /Fiebre del Heno ☐ Si No ☐
   *Toma medicina ☐ Si No ☐
   *Nombre de la Medicina_____

2. Alergias a picaduras de insectos /abejas ☐ Si No ☐
   *Toma medicina ☐ Si No ☐
   *Nombre de la Medicina_____

3. Asma ☐ Si No ☐
   *Toma medicina ☐ Si No ☐
   *Nombre de la Medicina_____

4. Enfermedades de infancia:
   *Varicela ☐ Si No ☐
   *Rubéola ☐ Si No ☐
   *Paperas ☐ Si No ☐
   *Fiebre Escarlatina ☐ Si No ☐
   *Merengitis ☐ Si No ☐

5. Resfriados/Dolores de garganta frecuente ☐ Si No ☐

6. Diabetes ☐ Si No ☐
   *Pruebas de la Sangre ☐ Si No ☐
   *Necesita Insulina ☐ Si No ☐

7. Epilepsia/Convulsiones/Ataques ☐ Si No ☐
   *Toma medicina ☐ Si No ☐
   *Nombre de la medicina(s): _____
   * Fecha del último ataque: _____

8. Infecciones de los oídos ☐ Si No ☐
   *Perdida de la audición ☐ Si No ☐
   *Usa audífonos ☐ Si No ☐

9. Enfermedades cardiacas ☐ Si No ☐
   *Limitaciones Físicas ☐ Si No ☐
   *Nombre las limitaciones:_____

10. Problemas del habla ☐ Si No ☐

11. Fracturas o conmociones del cráneo ☐ Si No ☐
    *Fecha: _____

12. Cirugías ☐ Si No ☐
    *Fecha: _____
    *Razón: _____

13. Tuberculosis ☐ Si No ☐
    *Tuberculosis en la familia ☐ Si No ☐

14. Usa anteojos ☐ Si No ☐
    *Usa lentes de contacto ☐ Si No ☐

15. Toma medicina diariamente ☐ Si No ☐
    *Nombre del medicamento: _____
    *Razón: _____

16. Preocupaciones especiales: ☐ Si No ☐
    *Escríbalas: _____
    _____

INFORMACION ADICIONAL O PROBLEMA

_____

_____

_____