

Los Angeles Unified School District Field Trip Personal Health History Form

This form is to be completed by the parent/guardian for students attending a field trip and may be valid for one school year. For students with identified health conditions, this form may need to be updated more frequently. It is the parent/guardian's responsibility to inform the school nurse of any changes in the student's health condition for future field trips during the current school year.

A. Student Information			
Student Name:	Date of Birth:	Gender:	Grade:
School Name:			
B. Parent/Guardian Information			
Parent/Guardian Name:	Cell Phone Number:	Other Phone Number:	
C. Emergency Contact Information (Other Than Parent/Guardian)			
Emergency Contact Name:	Relationship:	Contact Phone Number:	
D. Student Education Information			
Does the student have a current Section 504 or Individualized Education Program (IEP)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
E. Does the student have severe allergies requiring the use of emergency medications? If yes, check all that apply:			
<input type="checkbox"/> Food Allergy (list and describe)			
<input type="checkbox"/> Medication Allergy (list and describe)			
<input type="checkbox"/> Insect Bites/Stings Allergy (list and describe)			
<input type="checkbox"/> Other (list and describe)			
F. Does the student have a current health condition? If yes, check all that apply:			
<input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Bleeding Disorder <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Emotional/Psychological Condition <input type="checkbox"/> Heart Defect/Disease <input type="checkbox"/> Musculoskeletal Disorder		<input type="checkbox"/> Seizure Disorder <input type="checkbox"/> Other: _____ <input type="checkbox"/> Specialized Physical Healthcare Procedure. If selected, document the type of procedure: _____	
Does the student have any physical limitations? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
If yes, explain:			
Does the student have any dietary restrictions? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
If yes, explain:			
G. Medication			
Does the student take any emergency medication(s) at home or at school? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
If yes, list medications:			
Does the student take any medication(s) at home and/or at school? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
If yes, list medications:			
1. To administer medication on the field trip parents/guardians must obtain a completed Request for Medication to be Taken During School Hours form, which includes parent/guardian signature consent and a written order from the CA licensed healthcare provider. 2. To administer routine over-the-counter medications to be taken for overnight fieldtrips , parents/guardians can complete a Request and Prior Authorization for Over-the-Counter Medication to be Taken During Overnight Field Trips form, which includes a parent/guardian signature consent and a written order from the CA licensed healthcare provider. *Any medication order forms must be returned to the school nurse at least 7 days prior to departure with parent/guardian and CA licensed healthcare provider signatures. Consult with the school nurse for any questions. In the event of a medical emergency, 911/Emergency Medical Services will be called, and the student will be transferred to the nearest medical facility			
H. Parent/Guardian Consent			
I verify that the information contained in this document is true and correct to the best of my knowledge and will notify the school nurse of any changes in the student's health condition.			
Parent/Guardian Signature:			Date:

로스앤젤레스 통합교육구 현장학습 개인 건강 기록 양식

이 양식은 현장학습에 참여하는 학생을 위해 학부모/보호자가 작성해야 하며, 한 학년도 동안 유효할 수 있습니다. 확인된 건강 문제가 있는 학생의 경우, 이 양식을 더 자주 업데이트해야 할 수 있습니다. 해당 학년도 중 향후 현장학습을 위해 학생의 건강 상태에 변화가 있을 경우, 학교 간호사에게 알리는 것은 학부모/보호자의 책임입니다.

A. 학생 정보			
학생 이름:	생년월일:	성별:	학년:
학교 이름:			
B. 학부모/보호자 정보			
학부모/보호자 이름:	휴대 전화번호:	기타 전화번호:	
C. 비상 연락처 정보 (학부모/보호자 외 다른 사람)			
비상 연락처 이름:	관계:	연락처 전화번호:	
D. 학생 교육 정보			
학생에게 현재 섹션 504 플랜 또는 개별화 교육 프로그램(IEP)이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			
E. 학생에게 응급 약물 사용이 필요한 심각한 알레르기가 있습니까? '예'인 경우, 해당되는 모든 항목에 체크하십시오:			
<input type="checkbox"/> 음식 알레르기(목록 및 설명 기재)			
<input type="checkbox"/> 약물 알레르기 (목록 및 설명 기재)			
<input type="checkbox"/> 벌레 물림/쓰임 알레르기(목록 및 설명 기재)			
<input type="checkbox"/> 기타 (목록 및 설명 기재)			
F. 학생에게 현재 건강 문제가 있습니까? '예'인 경우, 해당되는 모든 항목에 체크하십시오:			
<input type="checkbox"/> 천식 <input type="checkbox"/> 출혈성 질환 <input type="checkbox"/> 당뇨병 <input type="checkbox"/> 정서적/심리적 질환 <input type="checkbox"/> 심장 결함/질환 <input type="checkbox"/> 근골격계 질환	<input type="checkbox"/> 발작성 질환 <input type="checkbox"/> 기타: _____ <input type="checkbox"/> 특수 신체 건강 관리 절차. 선택한 경우, 절차의 종류를 기재하십시오: _____ _____		
학생에게 신체적 제약이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 '예'인 경우, 설명하십시오:			
학생에게 식단 제한이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 '예'인 경우, 설명하십시오:			
G. 약물			
학생이 집이나 학교에서 복용하는 응급 약물이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 '예'인 경우, 약물 목록을 기재하십시오:			
학생이 집 및/또는 학교에서 복용하는 약물이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 '예'인 경우, 약물 목록을 기재하십시오:			
1. 현장학습 중 약물을 투여하기 위해서는 학부모/보호자가 학교 수업 시간 중 약물 복용 요청서(Request for Medication to be Taken During School Hours)를 작성하여 제출해야 합니다. 이 양식에는 학부모/보호자의 서명 동의와 캘리포니아 면허 의료 제공자의 서면 지시가 포함되어야 합니다. 2. 숙박을 동반하는 현장 학습 시 일반 의약품(처방전 없이 구입 가능한 약)을 일상적으로 투여하려면, 학부모/보호자는 학부모/보호자의 서명 동의 및 캘리포니아주(CA) 공인 의료 제공자의 서면 지시가 포함된 '숙박 현장 학습 중 일반 의약품 복용 요청 및 사전 승인서(Request and Prior Authorization for Over-the-Counter Medication to be Taken During Overnight Field Trips)' 양식을 작성할 수 있습니다. *모든 약물 지시 양식은 출발 최소 7일 전까지 학부모/보호자와 캘리포니아 면허 의료 제공자의 서명이 포함된 상태로 학교 간호사에게 제출해야 합니다. 질문이 있는 경우 학교 간호사와 상담하십시오. 응급 의료 상황 발생 시, 911/응급 의료 서비스(EMS)에 연락을 취하며 학생은 가장 가까운 의료 기관으로 이송됩니다.			
H. 학부모/보호자 동의			
본인은 이 문서에 기재된 정보가 제가 아는 한 사실이며 정확함을 확인하며, 학생의 건강 상태에 변화가 있을 경우 학교 간호사에게 알릴 것입니다.			
학부모/보호자 서명:			날짜: