

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:

Объединенный школьный округ Лос-Анджелеса: форма предоставления данных о состоянии здоровья участника экскурсии

Данная форма заполняется родителем/опекуном учащихся, участвующих в экскурсии, и может быть действительна в течение одного учебного года. В отношении учащихся, имеющих выявленные проблемы со здоровьем, может потребоваться более частое обновление данной формы. Родитель/опекун обязан сообщить школьной медсестре о любых изменениях в состоянии здоровья ученика, необходимых для будущих экскурсий в течение текущего учебного года.

A. Информация об учащемся			
Имя, фамилия:	Дата рождения:	Пол:	Класс:
Название школы:			
B. Информация о родителе/опекуне			
Имя, фамилия:	Номер моб. тел.:	Номер другого тел.:	
C. Контактная информация для экстренной связи (кроме родителей/опекунов)			
Имя, фамилия:	Связь:	Контактный номер телефона:	
D. Информация об образовании учащегося			
Имеется ли у учащегося действующий план по Разделу 504 или Индивидуальный образовательный план (IEP)? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
E. Есть ли у учащегося сильная аллергия, требующая применения экстренных лекарственных препаратов? Если да, отметьте все применимые варианты:			
<input type="checkbox"/> Пищевая аллергия (перечислить и описать)			
<input type="checkbox"/> Лекарственная аллергия (перечислить и описать)			
<input type="checkbox"/> Аллергия на укусы насекомых (перечислить и описать)			
<input type="checkbox"/> Другое (перечислить и описать)			
F. Имеется ли у учащегося какое-либо текущее заболевание? Если да, отметьте все подходящие варианты.			
<input type="checkbox"/> Астма <input type="checkbox"/> Нарушение свертываемости крови <input type="checkbox"/> Сахарный диабет <input type="checkbox"/> Эмоциональное/психологическое расстройство <input type="checkbox"/> Порок/заболевание сердца <input type="checkbox"/> Заболевания опорно-двигательного аппарата		<input type="checkbox"/> Эпилепсия <input type="checkbox"/> Другое: _____ <input type="checkbox"/> Специализированная медицинская процедура. Если выбрано, укажите тип процедуры, предоставив соответствующий документ _____	
Есть ли у учащегося какие-либо физические ограничения? Если да, объясните:		<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Есть ли у учащегося какие-либо ограничения в питании? Если да, объясните:		<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
G. Медикаменты			
Принимает ли учащийся какие-либо лекарства дома или в школе, предусмотренные для экстренных случаев? Если да, перечислите лекарства:		<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Принимает ли учащийся какие-либо лекарства дома и/или в школе? Если да, перечислите лекарства:		<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
1. Для обеспечения приема лекарственных препаратов во время экскурсии родители/опекуны обязаны иметь заполненную форму Request for Medication to be Taken During School Hours (Запрос на прием лекарственных средств в учебное время), содержащую подпись родителя/опекуна, подтверждающую согласие, а также письменное назначение от медицинского специалиста, имеющего лицензию штата Калифорния.			
2. Для обеспечения приема плановых безрецептурных лекарственных средств во время экскурсий с ночевкой родители/опекуны могут заполнить форму Request and Prior Authorization for Over-the-Counter Medication to be Taken During Overnight Field Trips (Запрос и предварительное разрешение на прием безрецептурных лекарственных средств во время экскурсий с ночевкой), содержащую подпись родителя/опекуна, подтверждающую согласие, а также письменное назначение от медицинского специалиста, имеющего лицензию штата Калифорния.			
*Все бланки заказов на лекарственные препараты необходимо передать школьной медсестре не позднее чем за 7 дней до отъезда ; на бланках должны стоять подписи родителей/опекунов и медицинского работника, имеющего лицензию штата Калифорния. По всем возникающим вопросам обращайтесь к школьной медсестре.			
В случае возникновения неотложной медицинской ситуации будет вызвана служба экстренной помощи 911, и учащийся будет доставлен в ближайшее медицинское учреждение.			
H. Согласие родителя/опекуна			
Я подтверждаю, что информация, содержащаяся в данном документе, является достоверной, насколько это мне известно, и обязуюсь уведомить школьную медсестру о любых изменениях в состоянии здоровья учащегося.			
Подпись родителя/опекуна:		Дата:	