

## 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.

<b>A. Student Information</b>			
Student Name:	Date of Birth:	Gender:	Grade:
School Name:			
<b>B. Parent/Guardian Information</b>			
Parent/Guardian Name:	Cell Phone Number:	Other Phone Number:	
<b>C. Emergency Contact Information (Other Than Parent/Guardian)</b>			
Emergency Contact Name:	Relationship:	Contact Phone Number:	
<b>D. Student Education Information</b>			
Does the student have a current Section 504 or Individualized Education Program (IEP)? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</span>			
<b>E. Does the student have severe allergies requiring the use of emergency medications? If yes, check all that apply:</b>			
<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)			
<b>F. Does the student have a current health condition? If yes, check all that apply:</b>			
<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? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</span>			
If yes, explain:			
Does the student have any dietary restrictions? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</span>			
If yes, explain:			
<b>G. Medication</b>			
Does the student take any <b>emergency</b> medication(s) at home or at school? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</span>			
If yes, list medications:			
Does the student take any medication(s) at home and/or at school? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</span>			
If yes, list medications:			
1. To administer medication on the field trip parents/guardians must obtain a completed <a href="#">Request for Medication to be Taken During School Hours</a> 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 <b>overnight fieldtrips</b> , parents/guardians can complete a <a href="#">Request and Prior Authorization for Over-the-Counter Medication to be Taken During Overnight Field Trips</a> 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 <b>at least 7 days prior to departure</b> with parent/guardian and CA licensed healthcare provider signatures. Consult with the school nurse for any questions. <b>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</b>			
<b>H. Parent/Guardian Consent</b>			
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:

**Լոս Անջելեսի միացյալ դպրոցական շրջան. Էքսկուրսիայի մասնակցի առողջական տեղեկատվության ձև**

Այս ձևը պետք է լրացվի ծնողի/խնամակալի կողմից՝ էքսկուրսիաներին մասնակցող աշակերտների համար, և կարող է վավեր լինել մեկ ուսումնական տարվա ընթացքում: Առողջական խնդիրներ ունեցող աշակերտների համար այս ձևը կարող է ավելի հաճախակի թարմացման կարիք ունենալ: Ծնողի/խնամակալի պարտականությունն է դպրոցի բուժքրոջը տեղեկացնել աշակերտի առողջական վիճակի ցանկացած փոփոխության մասին՝ ընթացիկ ուսումնական տարվա ապագա էքսկուրսիաների համար:

<b>A. Աշակերտի մասին տեղեկատվություն</b>			
Անուն, ազգանուն՝	Ծննդյան ամսաթիվ՝	Սեռ՝	Դասարան՝
Դպրոցի անվանում՝			
<b>B. Ծնողի/խնամակալի մասին տեղեկատվություն</b>			
Անուն, ազգանուն՝	Բջջային հեռախոսահամար՝	Այլ հեռախոսահամար՝	
<b>C. Արտակարգ իրավիճակների դեպքում կոնտակտային տվյալներ (բացի ծնողից/խնամակալից)</b>			
Անուն, ազգանուն՝	Կապ՝	Կոնտակտային հեռախոսահամար՝	
<b>D. Աշակերտների կրթության մասին տեղեկատվություն</b>			
Աշակերտն ունի՞ գործող 504-րդ բաժին կամ Անհատականացված կրթական պլան (IEP): <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ</span>			
<b>E. Արդյո՞ք աշակերտն ունի ծանր ալերգիա, որը պահանջում է շտապ օգնության դեղորայքի օգտագործում: Եթե այո, նշեք բոլոր համապատասխան տարբերակները:</b>			
<input type="checkbox"/> Սննդային ալերգիա (թվարկեք և նկարագրեք)			
<input type="checkbox"/> Դեղորայքային ալերգիա (թվարկեք և նկարագրեք)			
<input type="checkbox"/> Միջատների խայթոցների նկատմամբ ալերգիա (թվարկեք և նկարագրեք)			
<input type="checkbox"/> Այլ (թվարկեք և նկարագրեք)			
<b>F. Աշակերտն ունի՞ արդյոք առողջական որևէ խնդիր: Եթե այո, նշեք բոլոր համապատասխան տարբերակները:</b>			
<input type="checkbox"/> Ասթմա <input type="checkbox"/> Արյան մակարդանի խանգարում <input type="checkbox"/> Շաքարային դիաբետ <input type="checkbox"/> Զգացմունքային/հոգեբանական խանգարում <input type="checkbox"/> Սրտի արատ/հիվանդություն <input type="checkbox"/> Մկանային-կմախքային համակարգի հիվանդություն		<input type="checkbox"/> Էպիլեպսիա <input type="checkbox"/> Այլ _____ <input type="checkbox"/> Մասնագիտացված բժշկական միջամտություն: Եթե ընտրվի, նշել միջամտության տեսակը, ներկայացնելով համապատասխան փաստաթուղթ՝ _____	
Աշակերտն ունի՞ որևէ ֆիզիկական սահմանափակում:		<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	
Եթե այո, բացատրեք:			
Աշակերտն ունի՞ որևէ սննդային սահմանափակումներ:		<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	
Եթե այո, բացատրեք:			
<b>G. Դեղորայք</b>			
Աշակերտը տանը կամ դպրոցում ընդունո՞ւմ է որևէ արտակարգ դեպքերի համար նախատեսված դեղորայք: Եթե այո, թվարկեք դեղամիջոցները:		<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	
Արդյո՞ք աշակերտը որևէ դեղորայք է ընդունում տանը և/կամ դպրոցում: Եթե այո, թվարկեք դեղամիջոցները:		<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	
<p>1. Էքսկուրսիայի ժամանակ դեղորայք տրամադրելու համար ծնողները/խնամակալները պետք է ունենան լրացված <a href="#">Request for Medication to be Taken During School Hours</a> (Դպրոցական ժամերի ընթացքում դեղորայք ընդունելու մասին խնդրանք) ձևաթուղթ, որը ներառում է ծնողի/խնամակալի ստորագրությամբ համաձայնություն և Կալիֆոռնիայի լիցենզավորված առողջապահական ծառայություն մատուցողի գրավոր նշանակում:</p> <p>2. <b>Գիշերակացով էքսկուրսիաների</b> համար նախատեսված առանց դեղատոմսի դեղամիջոցներ տրամադրելու համար ծնողները/խնամակալները կարող են լրացնել <a href="#">Request and Prior Authorization for Over-the-Counter Medication to be Taken During Overnight Field Trips</a> (Գիշերակացով էքսկուրսիաների ժամանակ առանց դեղատոմսի դեղամիջոցներ ընդունելու խնդրանք և նախնական թույլտվություն) ձևաթուղթ, որը ներառում է ծնողի/խնամակալի ստորագրությամբ համաձայնություն և Կալիֆոռնիայի լիցենզավորված առողջապահական ծառայություն մատուցողի գրավոր նշանակում:</p> <p>*Դեղորայքի պատվերի բոլոր ձևաթուղթերը պետք է վերադարձվեն դպրոցի բուժքրոջը <b>մեկնումից անվազ 7 օր առաջ</b>՝ ծնողի/խնամակալի և Կալիֆոռնիայի լիցենզավորված առողջապահական ծառայություն մատուցողի ստորագրություններով: Հարցերի դեպքում խորհրդակցեք դպրոցի բուժքրոջ հետ: <b>Բժշկական արտակարգ իրավիճակի դեպքում կկանչվի 911/Շտապ բժշկական ծառայություն, և աշակերտը կտեղափոխվի մոտակա բժշկական հաստատություն:</b></p>			
<b>H. Ծնողի/խնամակալի համաձայնություն</b>			
Ես հաստատում եմ, որ այս փաստաթղթում պարունակվող տեղեկատվությունը ճշմարիտ է և ճիշտ՝ ըստ իմ լավագույն գիտելիքների, և կտեղեկացնեմ դպրոցի բուժքրոջը աշակերտի առողջական վիճակի ցանկացած փոփոխության մասին:			
Ծնողի/խնամակալի ստորագրություն՝		Ամսաթիվ՝	