

## 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:

**Formulario de Historial Médico Personal para Excursiones Escolares del Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles**

Este formulario debe ser completado por el padre/tutor legal de aquellos estudiantes que asistan a una excursión escolar y puede ser válido por un año escolar. Es posible que se deba actualizar este formulario con mayor frecuencia para estudiantes con condiciones de salud identificadas. Es responsabilidad del padre/tutor legal informar a la enfermera de la escuela de cualquier cambio en la condición de salud del estudiante para futuras excursiones durante el año escolar en curso.

<b>A. Información del Estudiante</b>			
Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:	Género:	Grado:
Nombre de la Escuela:			
<b>B. Información del Padre/Tutor Legal</b>			
Nombre del padre/tutor legal:	Número de teléfono celular:	Otro número de teléfono:	
<b>C. Información de Contacto en Caso de Emergencia (distinta a la del Padre/Tutor Legal)</b>			
Nombre del Contacto en caso de Emergencia:	Parentesco:	Número de teléfono del contacto:	
<b>D. Información Educativa del Estudiante</b>			
¿Tiene el estudiante un plan vigente de la Sección 504 o un Programa de Educación Individualizado (IEP)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>E. ¿Tiene el estudiante alergias graves que requieran el uso de medicamentos de emergencia? En caso afirmativo, marque todas las que correspondan:</b>			
<input type="checkbox"/> Alergia a alimentos (enumere y describa)			
<input type="checkbox"/> Alergia a medicamentos (enumere y describa)			
<input type="checkbox"/> Alergia a mordeduras/picaduras de insectos (enumere y describa)			
<input type="checkbox"/> Otro (enumere y describa)			
<b>F. ¿Tiene el estudiante una condición de salud actual? En caso afirmativo, marque todas las que correspondan:</b>			
<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Condición emocional/psicológica <input type="checkbox"/> Defecto/enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Trastorno musculoesquelético		<input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Procedimiento médico físico especializado. Si marca esta opción, indique el tipo de procedimiento: _____	
¿Tiene el estudiante alguna limitación física? En caso afirmativo, explique:		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene el estudiante alguna restricción dietética? En caso afirmativo, explique:		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>G. Medicamentos</b>			
¿Toma el estudiante algún(os) medicamento(s) <b>de emergencia</b> en el hogar o en la escuela? En caso afirmativo, enumere los medicamentos:		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Toma el estudiante algún(os) medicamento(s) en el hogar y/o en la escuela? En caso afirmativo, enumere los medicamentos:		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<p>1. Para administrar medicamentos durante la excursión escolar, los padres/tutores legales deben entregar el formulario completo titulado <b>Solicitud para Administrar Medicamentos durante el Horario Escolar</b>, que incluya el consentimiento con la firma del padre/tutor legal y una prescripción por escrito de un proveedor de atención médica con licencia de California.</p> <p>2. Para administrar medicamentos sin receta de uso rutinario durante una <b>excursión escolar con estancia nocturna</b>, los padres/tutores legales pueden entregar el formulario completo titulado <b>Solicitud y Autorización Previa para Tomar Medicamentos Sin Receta Durante Excursiones Escolares con Estadía Nocturna</b>, que incluya el consentimiento firmado del padre/tutor legal y una prescripción por escrito de un proveedor de atención médica con licencia de California.</p> <p>*Todos los formularios de prescripción de medicamentos deben entregarse a la enfermera de la escuela <b>al menos 7 días antes de la salida</b>, con las firmas del padre/tutor legal y de un proveedor de atención médica con licencia de California. Consulte con la enfermera de la escuela si tiene alguna pregunta.</p> <p><b>En el caso de una emergencia médica, se llamará al 911/Servicios Médicos de Emergencia y el estudiante será trasladado al centro médico más cercano.</b></p>			
<b>H. Consentimiento del Padre/Tutor Legal</b>			
Certifico que la información contenida en este documento es verdadera y correcta a mi leal saber y entender, y notificaré a la enfermera de la escuela de cualquier cambio en la condición de salud del estudiante.			
Firma del padre/tutor legal:		Fecha:	