



LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT

REFERENCE GUIDE

ATTACHMENT H

PARENT'S OR GUARDIAN'S PERMISSION FOR A FIELD TRIP AND AUTHORIZATION FOR MEDICAL CARE – TRIP SLIP

To the Principal of School: _____
_____ has my permission to participate in the
(Student Name: please print)

field trip location: _____ on _____
Date(s)

Departure time: _____ A.M. / P.M. Return time: _____ A.M. / P.M.

Supervising Teacher (please print): _____

LUNCH

- ☐ Student will be at school during lunch.
☐ Student will be off-site during lunch

PARENT MUST CHECK OPTION BELOW:

- ☐ My child is requesting a lunch from the Cafeteria,
I will send appropriate payment based on my child's meal
eligibility (free, reduced, full price)
☐ My child will **bring a sack lunch without liquid.**

METHOD OF TRANSPORTATION

- ☐ Student will ride on School Bus
☐ Student will ride in Private Vehicle.
☐ Student is **Walking**.
☐ Other _____

Parent or Guardian Authorization Signature Date: _____

(INFORMATION TO BE COMPLETED BY PARENT AND TO BE REMOVED BY SUPERVISING TEACHER)

AUTHORIZATION FOR MEDICAL CARE

I permit the School District to transport/ house/care for my child as necessary if an (non-medical) emergency occurs during the field trip. Should it be necessary for my child to have medical care while participating in this trip, I hereby give the School District personnel permission to use their judgment in obtaining medical care for the child, and I give permission to the health care provider selected by the School District personnel to render medical care deemed necessary and appropriate by the provider. I understand that the District is responsible for the conduct or safety of a student only while the student remains under the constant, direct and immediate supervision of the field trip supervisor(s). I also understand that for field trips where constant, direct and immediate supervision isn't possible, the District requires students to be insured under separate, "Short Term 24-Hour" coverage.

Student Name: _____

Home Address: _____

Home Telephone Number: _____

Business Telephone Number: _____

Emergency Telephone Number: _____

Authorized Signature of Parent or Guardian Date: _____

Parent or Guardian's Name (please print)

☐ PLEASE CHECK HERE IF INSTRUCTIONS FOR SPECIAL MEDICAL TREATMENT FOR THE STUDENT ARE ON FILE IN THE SCHOOL.

PARENTS, PLEASE NOTE: Section 35330 of the California Education Code states in part: "All persons making the field trip shall be deemed to have waived all claims against the District or the State of California for injury, accident, illness, or death occurring during or by reason of the field trip or excursion". Accident insurance can be purchased for a minimum daily rate by contacting the school.

To be completed only upon emergency release of student to authorized parent or guardian during the trip. Student released to:

Parent or Guardian name (please print) _____ Signature _____



LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT

REFERENCE GUIDE

ATTACHMENT I - Parent Permission Slip and Medical Authorization- Spanish

PERMISO POR PARTE DEL PADRE, LA MADRE, EL TUTOR O LA TUTORA PARA UNA EXCURSIÓN ESCOLAR
Y AUTORIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN MÉDICA - CONSTANCIA DE AUTORIZACIÓN DE VIAJE

Al director o directora de la escuela _____.

_____ tiene mi permiso para participar en...

(Nombre y apellido del alumno: con letra de molde por favor)

Lugar de la excursión escolar: _____ el _____

Hora de salida: _____ A.M./P.M. Hora de regreso: _____ A.M./P.M.

Maestro(a) supervisor(a) (por favor, con letra de molde):

ALMUERZO

- ☐ El alumno, o la alumna, **estará en la escuela durante el almuerzo.**
☐ El alumno, o la alumna, **estará fuera del plantel durante el almuerzo.**

MÉTODO DE TRANSPORTE

- ☐ El alumno, o la alumna, **camina.**
☐ El alumno, o la alumna irá en
vehículo privado.
☐ El alumno, o la alumna irá
en el autobús escolar.
☐ Otro medio de transporte _____

EL PADRE O LA MADRE DEBE MARCAR

UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES:

- ☐ Mi hijo(a) solicita un almuerzo de la cafetería.
Enviaré el pago apropiado con base al derecho de comida de mi hijo(a)
(gratuito, precio reducido, precio total).
☐ Mi hijo **traerá un almuerzo en bolsa sin líquido**

Firma de autorización del padre, la madre, el tutor o la tutora

Fecha

(LA INFORMACIÓN SERÁ LLENADA POR EL PADRE O LA MADRE, Y EL MAESTRO O MAESTRA QUE SUPERVISE LA RECOGERÁ)

AUTORIZACIÓN PARA ATENCIÓN MÉDICA

Doy permiso al Distrito Escolar para transportar /alojar/ cuidar de mi hijo si fuera necesario en caso de una emergencia (no médica) durante la excursión. Si fuera necesario que mi hijo reciba atención médica durante su participación en este viaje, doy permiso al personal del Distrito Escolar para que determine por juicio propio la obtención de atención médica para el niño, y autorizo al médico seleccionado por el personal del Distrito Escolar para que le rinda atención médica si el proveedor lo considerara necesario y apropiado. Entiendo que el Distrito es responsable por la conducta o seguridad de un estudiante sólo mientras el estudiante permanezca bajo la supervisión constante, directa e inmediata del supervisor de la excursión. También, entiendo que en las excursiones donde no fuera posible una supervisión constante, directa e inmediata, el Distrito requiere que los estudiantes estén asegurados bajo una cobertura separada de "Corto Plazo por 24 horas".

Nombre y apellido del alumno: _____

Domicilio del hogar: _____

Número de teléfono en casa: _____

Número de teléfono en el trabajo: _____

Número de teléfono para emergencia: _____

Nombre y apellido del padre, la madre, el tutor o la tutora
(por favor con letra de imprenta)

Fecha: _____

☐ POR FAVOR MARQUE CON UN X AQUÍ SI LAS INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA ESPECIAL DEL ALUMNO O ALUMNA ESTÁN EN EL EXPEDIENTE DE LA ESCUELA.

PADRES DE FAMILIA, POR FAVOR NOTEN: El artículo 35330 del Código de Educación de California declara en parte: "Se considerará que todas las personas que hagan la excursión han renunciado a todos los reclamos en contra del Distrito o el Estado de California por lesión, accidente, enfermedad o muerte que ocurran durante o por razón de la excursión o el viaje escolar." Se puede comprar un seguro de accidente por una cuota diaria mínima a través de la escuela. Esta institución es un entidad que proporciona oportunidades equitativas.

To be completed only upon emergency release of student to authorized parent or guardian during the trip. Student released to:

Parent or Guardian name (please print) _____ Signature _____



LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT POLICY BULLETIN

LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT Student Health and Human Services

Attachment A
(1 of 2)

REQUEST FOR MEDICATION TO BE TAKEN DURING SCHOOL HOURS

(To be completed by a CA Licensed Health Care Provider)

Student Name _____
Last First Sex Birth date School
Name of Medication _____ Start date _____
Dosage prescribed _____ Time schedule at school _____ Route _____
How long is medication to be taken? ☐ 1 year ☐ short-term _____
Date medication to be discontinued or # of days to be given _____
Purpose of medication or diagnosis _____ ICD Code _____

Licensed Health Care Provider's Recommendations (Check where applicable)

- ☐ The medication may have adverse side effects (explain) _____

☐ Special instructions and/or comments _____

The student for whom this medication is prescribed is under my care.

Print name/Title Signature Date

Address City State Zip code Telephone
Print name of Supervising Physician _____ (NP, Midwife, PA)
Furnishing Number _____ (NP/Midwife)

REQUEST FOR MEDICATION TO BE TAKEN DURING SCHOOL HOURS

(To be completed by parent/guardian)

I request that my child _____, be assisted in using prescribed medication at school. I assume full responsibility for supplying all medication and shall deliver it, or have it delivered, to the school by another responsible adult, and agree to the District policies and procedures listed on the reverse side. I give my permission for the exchange of medical information regarding administration of medication at school with the authorized health care provider and pharmacist.

Date Signature of Parent/Guardian/Student 18 years Printed Name

() _____ () _____ () _____
Home telephone Work telephone Cellular telephone

Address City State Zip code Telephone



LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT POLICY BULLETIN

Attachment A-1
(1 of 2)

REQUEST FOR MEDICATION TO BE TAKEN DURING SCHOOL HOURS

(To be completed by a CA Licensed Health Care Provider)

Student name _____
Last First Sex Birth date School

Name of medication _____ Start date _____

Dosage prescribed _____ Time schedule at school _____ Route _____

How long is medication to be taken? ☐ 1 year ☐ short-term _____
Date medication to be discontinued or # of days to be given

Purpose of medication or diagnosis _____

Licensed Health Care Provider's Recommendations (Check where applicable)

☐ The medication may have adverse side effects (explain) _____

☐ Special instructions and/or comments _____

The student for whom this medication is prescribed is under my care.

Print name/Title Signature Date

Address City State Zip code () Telephone

Print name of Supervising Physician _____ (NP, Midwife, PA)

Furnishing Number _____ (NP/Midwife)

SOLICITUD PARA EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DURANTE EL HORARIO ESCOLAR

(Deberá ser completado por el padre de familia o tutor legal)

Solicito que mi hijo(a) _____, reciba ayuda en la escuela para tomar la medicación prescrita. Asumo total responsabilidad con respecto al suministro de la medicación y entregaré la misma personalmente a la escuela o a través de otro adulto responsable. Acepto las normativas y procedimientos establecidos por el Distrito al dorso de la presente solicitud. Autorizo el intercambio de información médica vinculada con la administración de la medicación en la escuela, con el médico autorizado y con el farmacéutico.

Fecha Firma del padre, madre, tutor, o estudiante mayor de 18 años Nombre en letra imprenta

() () ()
Teléfono particular Teléfono de trabajo Teléfono de celular



LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT POLICY BULLETIN

Attachment A
(2 of 2)

DISTRICT PROCEDURES REGARDING MEDICATION TAKEN DURING SCHOOL HOURS

1. Prescription medications must be clearly labeled by a U.S. dispensing pharmacy and contain the following information: (consistent with prescription of authorized licensed health care provider)
 - ◆ Student's full name
 - ◆ Physician's name
 - ◆ Dosage, schedule, and route
 - ◆ How long medication is to be taken? 1 year or short-term: (Date medication is to be discontinued or number of days medication is to be administered.)
2. In addition to a home supply, parent/guardian may request a second labeled bottle from the pharmacy for school use.
3. Non-prescription (over the counter) medications that have been authorized by this request, may be administered at school only if the medication is provided in the original container.
4. Request for Medication to be Taken During School Hours must be renewed annually.
5. Parent/Guardian will notify the school nurse or site administrator and provide a new Request for Medication to Be Taken During School Hours when there is a change in the student's medication, health status or authorized health care provider.
6. The school administrator or the administrator's designee will assume responsibility for placing the medication in a locked cabinet, storage unit or locked refrigerator.
7. The school administrator, the administrator's designee, or school nurse will assume responsibility for returning unused medication to the parent/guardian at the end of the student's school year.
8. If medication must be taken while a student is on a field trip, arrangements must be made through the school nurse.
9. All injectable medications require special arrangements.
 - a. Injectable medications, such as insulin, used on a regular or as needed basis must be administered by licensed health care providers and require special arrangements.
 - b. Injectable medications, which are to be given on an emergency basis, require special arrangements and training of school staff by the credentialed school nurse.
10. Each medication requires a separate written authorization.



LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT POLICY BULLETIN

Attachment A-1
(2 of 2)

PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS POR EL DISTRITO PARA REGULAR EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DURANTE EL HORARIO ESCOLAR

1. Los medicamentos con receta deben estar debidamente etiquetados por una farmacia de los Estados Unidos y deben contener la siguiente información: (conforme con la receta de un médico titulado y debidamente autorizado)
 - Nombre completo del estudiante
 - Nombre del médico
 - Dosis, horarios, medio y forma de administración
 - Periodo de tiempo en que se ingerirá el medicamento: 1 año o corto período de tiempo (fecha en que el medicamento debe ser discontinuado o número de días que el medicamento debe ser administrado.)
2. El padre de familia o tutor podrá solicitar en la farmacia un segundo envase etiquetado para ser utilizado en la escuela, además del envase primario para consumo en el hogar,
3. Los medicamentos que no requieran receta (es decir, de venta libre al público), que hayan sido autorizados a través de la presente solicitud, podrán ser suministrados en la escuela únicamente si están en su envase original.
4. Las solicitudes para el suministro de medicamentos durante el horario escolar deberán renovarse anualmente.
5. En caso de ocurrir un cambio en la medicación del estudiante, en su estado de salud, o en relación al médico autorizado, el padre de familia o tutor legal le notificará a la enfermera escolar o al administrador de la escuela y llenará una nueva solicitud para el suministro de medicamentos durante el horario escolar.
6. El administrador escolar o una persona designada por el mismo asumirá la responsabilidad de colocar la medicación en un recinto bajo llave, en un depósito, o en un refrigerador cerrado con llave.
7. Al finalizar el año lectivo, el administrador escolar, la persona designada por este, o la enfermera escolar asumirán la responsabilidad de devolver al padre de familia o tutor legal todos los medicamentos que no hayan sido utilizados.
8. Si el estudiante debe consumir un medicamento durante un viaje o paseo de estudio, deberá coordinarse el suministro con la enfermera escolar.
9. Toda medicación suministrada en forma de inyectable deberá ajustarse a condiciones especiales:
 - a) Los medicamentos inyectables, tales como la insulina, utilizados en forma regular o conforme a la necesidad, deberán ser suministrados por personal médico autorizado y estarán regidos por normas especiales.
 - b) Los medicamentos inyectables que deban suministrarse en situaciones de emergencia se registrarán por normas especiales y serán suministrados por personal escolar capacitado por la enfermera escolar titulada.
10. Cada medicamento requiere una autorización escrita por separado.



LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT POLICY BULLETIN

Attachment E
(1 of 2)

LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT Student Health and Human Services

REQUEST FOR SELF-ADMINISTRATION OF MEDICATION DURING SCHOOL HOURS

Student's Last Name _____ First Name _____ Sex _____ Birth date _____ School _____
Name of Medication _____ Start Date _____
Dosage Prescribed _____ Time/Frequency _____ Route _____
(Mouth, Ear, Eye, Etc.)
How long is medication to be taken? ☐ 1 year ☐ short-term _____
Date medication to be discontinued or # of days to be given _____
Purpose of medication or diagnosis _____ ICD Code _____

LICENSED HEALTH CARE PROVIDER (To be completed by a Licensed Health Care Provider)

This student's medical condition requires immediate use of _____ (medication) and the student's well being is in jeopardy unless the medication is carried on his/her person while at school. I certify that this student has demonstrated knowledge of correct dosage and usage and is physically, mentally, and behaviorally capable of administering this medication. Medication is to be used by the above student as indicated above.

Please check where applicable:

- ☐ The medication may have adverse side effects (explain): _____
☐ Special instructions and/or comments: _____

The student for whom this medication is prescribed is under my care.

Print name of licensed health care provider _____ Signature _____ Date _____
Address _____ City _____ State _____ Zip Code _____ Telephone _____

Print name of Supervising Physician (if N.P., Midwife or P.A.) _____ Furnishing Number (if N.P. or Midwife) _____

PARENT/GUARDIAN

I request that my child, _____, be allowed to self-administer the medication at school. I assume full responsibility for supplying all medication and agree to the District policies and procedures listed on the reverse side. I request that the school comply with the orders of the above licensed health care provider.

I believe that my son/daughter is physically, mentally, and behaviorally capable of self-administering this medication. I hereby expressly waive and release the Los Angeles Unified School District from any and all rights or claims of any nature whatsoever I may have against the Los Angeles Unified School District, the Board of Education of the Los Angeles Unified School District, and its members, volunteers and employees, arising out of, in connection with, or resulting from the above request.

I give my permission for the exchange of medical information regarding self-administration of medication at school with the authorized health care provider and pharmacist.

Print name of parent or guardian _____ Signature _____ Date _____
() () ()
Telephone _____ Work telephone _____ Cellular telephone _____

SCHOOL PERSONNEL

I have received the request of the parent/guardian and orders of the above licensed health care provider and believe that the above student is physically, mentally, and behaviorally capable of self-administering this medication at school.

Signature of School Principal _____ Signature of School Nurse _____ Date _____



LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT POLICY BULLETIN

Attachment E-1
(1 of 2)

LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT Student Health and Human Services

REQUEST FOR SELF-ADMINISTRATION OF MEDICATION DURING SCHOOL HOURS

Student's Last Name _____	First Name _____	Sex _____	Birth date _____	School _____
Name of Medication _____			Start Date _____	
Dosage Prescribed _____	Time/Frequency _____	Route _____ (Mouth, Ear, Eye, Etc.)		
How long is medication to be taken? ☐ 1 year ☐ short-term _____				
Date medication to be discontinued or # of days to be given _____				
Purpose of medication or diagnosis _____			ICD Code _____	

LICENSED HEALTH CARE PROVIDER (To be completed by a Licensed Health Care Provider)

This student's medical condition requires immediate use of _____ (medication) and the student's well being is in jeopardy unless the medication is carried on his/her person while at school. I certify that this student has demonstrated knowledge of correct dosage and usage and is physically, mentally, and behaviorally capable of administering this medication. Medication is to be used by the above student as indicated above.

Please check where applicable:

- ☐ The medication may have adverse side effects (explain): _____
- ☐ Special instructions and/or comments: _____

The student for whom this medication is prescribed is under my care.

Print name of licensed health care provider _____	Signature _____	Date _____
Address _____	City _____	State _____ Zip Code _____ Telephone _____
Print name of Supervising Physician (if N.P., Midwife or P.A.) _____		Furnishing Number (if N.P. or Midwife) _____

PADRE/MADRE/TUTOR

Solicito que a mi hijo(a), _____, se le permita tomar el medicamento en la escuela. Asumo plena responsabilidad por el suministro de la medicación y me atengo a la normativa y procedimientos establecidas por el Distrito que figuran al dorso de este documento. Solicito que la escuela cumpla con las órdenes dictadas por el médico cuyo nombre figura en este documento.

Considero que mi hijo(a) se encuentra en un estado físico, mental y de conducta que le permiten asumir la responsabilidad de tomarse el medicamento por sus propios medios. Mediante la presente expresamente eximo al Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles de todo derecho o reclamo de cualquier índole que yo pudiera tener en contra del Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles, de la Junta de Educación del Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles, así como contra sus integrantes, voluntarios, o empleados, que pudiera surgir a consecuencia o en relación con la solicitud presentada.

Otorgo permiso para el intercambio de información con respecto al consumo individual de medicamentos en la escuela entre el médico autorizado y la farmacia.

Nombre del padre/madre/tutor _____	Firma _____	Fecha _____
() _____ Teléfono	() _____ Teléfono de trabajo	() _____ Teléfono de celular

SCHOOL PERSONNEL

I have received the request of the parent/guardian and orders of the above licensed health care provider and believe that the above student is physically, mentally, and behaviorally capable of self-administering this medication at school.

Signature of School Principal _____	Signature of School Nurse _____	Date _____
-------------------------------------	---------------------------------	------------



LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT POLICY BULLETIN

Attachment E
(2 of 2)

DISTRICT PROCEDURES REGARDING SELF-ADMINISTRATION OF MEDICATION DURING SCHOOL HOURS

1. Prescription medications must be clearly labeled by a U.S. dispensing pharmacy and contain the following information: (consistent with prescription of authorized licensed health care provider)
 - ◆ Student's full name
 - ◆ Physician's name
 - ◆ Dosage, schedule, and route.
 - ◆ How long medication is to be taken? 1 year or short-term (date medication is to be discontinued or number of days medication is to be administered.)
2. Non-prescription (over the counter) medications that have been authorized by this request, must be in the original container.
3. Requests for Self-Administration of Medication during School Hours must be renewed annually.
4. Parent/Guardian will notify the school nurse or site administrator and provide a new Request for Self-Administration of Medication During School Hours when there is a change in the student's medication, health status or authorized health care provider.
5. Injectable medications, which are to be given on an emergency basis require special arrangements and training of school staff by the credentialed school nurse.
6. A copy of this authorization should be carried with the medication.



LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT POLICY BULLETIN

Attachment E-1
(2 of 2)

DIRECTIVAS ESTABLECIDAS POR EL DISTRITO CON RESPECTO AL CONSUMO DE MEDICAMENTOS DURANTE EL HORARIO ESCOLAR

1. Los medicamentos con receta deben estar debidamente etiquetados por una farmacia de los Estados Unidos y deben contener la siguiente información: (conforme con la receta de un médico titulado y debidamente autorizado)
 - ❖ Nombre completo del estudiante
 - ❖ Nombre del médico
 - ❖ Dosis, horarios, medio y forma de administración
 - ❖ Periodo de tiempo en que se ingerirá el medicamento: 1 año o corto período de tiempo (fecha en que el medicamento debe ser descontinuado o número de días que el medicamento debe ser administrado.)
2. Los medicamentos que no requieran receta (es decir, de venta libre al público), que hayan sido autorizados a través de la presente solicitud, podrán ser suministrados en la escuela únicamente si están en su envase original.
3. Las solicitudes para el suministro de medicamentos durante el horario escolar deberán renovarse anualmente.
4. En caso de ocurrir un cambio en la medicación del estudiante, en su estado de salud, o en relación al médico autorizado, el padre de familia o tutor legal le notificará a la enfermera escolar o al administrador de la escuela y llenará una nueva solicitud para el suministro de medicamentos durante el horario escolar.
5. Los medicamentos inyectables, que se suministren en casos de emergencia, requieren de preparación especial y capacitación del personal escolar a cargo de la enfermera escolar habilitada.
6. Una copia de la presente autorización debe acompañar al medicamento.

LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Office of Outdoor Education

HEALTH INFORMATION AND AUTHORIZATION FOR MEDICAL CARE

Student's Name _____ M ____ F ____

Birth Date _____ School of Attendance _____

HEALTH INFORMATION

Name of child's physician: _____ Telephone Number (____) _____

1. Has your child been ill recently? If so, describe _____

2. Has your child been exposed to a communicable disease during the past month? If so, which one? _____

3. **Will your child be taking prescribed or over-the-counter medication?** Yes _____ No _____ Medication must be given to the teacher or center director and labeled with **directions for use in the original pharmacy or over-the-counter container.** Name of medication: _____

Attach completed "Request for Medication." Attachment A and/or E for prescribed or over-the-counter medications.

4. Has your child had penicillin? Yes _____ No _____ Is he/she allergic to penicillin? Yes _____ No _____

5. Is your child allergic to any other medicine? If so, list: _____

6. Is your child allergic to any food? If so, list: _____

7. Date of last known Tetanus shot: _____

8. Has your child had any of the following? (If yes, please check.)

☐ diabetes	☐ asthma	☐ heart trouble/	☐ home sickness
☐ epilepsy/	☐ frequent colds	☐ murmur	☐ car sickness
☐ convulsive	☐ ear aches	☐ bowel problems	☐ bed wetting
☐ disorder	☐ sinus trouble	☐ poison oak rash	☐ sleep walking
☐ migraine	☐ hay fever	☐ allergy to insect	☐ other health problems
☐ headache	☐ vomiting	☐ stings/bites	_____

Parents/Guardians will be notified immediately of any illness or accident to their child. Please attach any additional information that will help the staff assist your child.

AUTHORIZATION FOR MEDICAL CARE

To the Center Director:

Should it be necessary for my child to have medical treatment or care while attending the outdoor education center, and I cannot be reached by telephone, I hereby give the center personnel my permission to use their judgment in obtaining medical care. I understand that any cost of the above will be my responsibility.

Signed this _____ day of _____, 20_____

Signature of Parent or Guardian

Address

TELEPHONE NUMBER WHERE PARENT OR GUARDIAN MAY BE REACHED:

Home (____) _____ Business (____) _____ Emergency Telephone (____) _____

Review of health card and comment if indicated: _____

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ÁNGELES
Oficina de Educación a la Intemperie

INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD Y AUTORIZACIÓN PARA ATENCIÓN MÉDICA

Nombre del estudiante _____ M ____ F ____

Fecha de Nacimiento _____ Escuela a la que asiste _____

INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

Nombre del médico del estudiante: _____ Número telefónico (____) _____

1. ¿Se ha enfermado recientemente su hijo? Si corresponde, describa lo ocurrido _____

2. ¿Ha estado expuesto su hijo a una enfermedad contagiosa en las últimas 4 semanas? De ser así, ¿qué enfermedad?

3. **¿Su hijo estará tomando medicamentos con o sin receta?** Sí _____ No _____ Es preciso darle al maestro o director los medicamentos **en su envase original de la farmacia -para medicamentos recetados- o comercio donde se hayan adquirido sin receta, con la etiqueta de indicaciones para su uso** _____
Adjuntar el formulario lleno de "solicitud para tomar medicamentos." El adjunto A y/o E para medicamentos con o sin receta.

4. ¿Ha tomado penicilina su hijo? Sí _____ No _____ ¿es alérgico a la penicilina? Sí _____ No _____

5. ¿Es alérgico su hijo a otros medicamentos? De ser así, enumerar _____

6. ¿Es alérgico su hijo a algún alimento? De ser así, enumerar: _____

7. Fecha de su más reciente vacuna contra el tétano : _____

8. ¿Ha padecido su hijo cualquiera de las siguientes afecciones? (Favor de marcar ✓ las que correspondan)

____ diabetes	____ asma	____ problemas cardiacos/	____ nostalgia
____ trastorno	____ resfríos frecuentes	____ soplo	____ nausea vehicular
____ de convulsiones	____ dolores de oído	____ problemas intestinales	____ mojar la cama
____ epilépticas	____ molestias de los senos	____ sarpullido por roble	____ sonambulismo
____ migraña	____ respiratorios	____ venenoso	____ otros problemas de
____ dolor de cabeza	____ fiebre de heno	____ alergia a piquetes	salud _____
	____ vómito	____ de insectos	

Los padres/tutores recibirán notificación inmediata sobre cualquier enfermedad o accidente que padezca el niño. Por favor adjuntar toda información adicional que ayude al personal a brindar servicio a su hijo.

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA

Al director de centro:

En caso de que sea necesario que el niño reciba tratamiento o atención médica mientras esté en el centro educativo a la intemperie, y si no se me puede localizar por teléfono, otorgo por medio del presente mi autorización al personal del centro para aplicar su criterio en lo referente a la obtención de atención médica. Entiendo que tendré que abarcar cualquier costo generado por lo antedicho.

Firmas _____ el día de _____, 20_____

Firma del Padre o Tutor

Domicilio

NUMERO TELEFÓNICO DONDE SE PODRÁ LOCALIZAR AL PADRE/TUTOR LEGAL:

Hogar (____) _____ Empresa (____) _____ Teléfono de emergencia (____) _____

Revisar tarjeta de salud y comentario si así se indicó: _____

Important Information for Parents Regarding Homesickness

What is it?

Homesickness is a form of separation anxiety normally experienced by children (and often grownups) when away from home for extended periods, especially those with little or no previous experience being away. A recent study showed that nearly 96% of boys and girls spending time away at outdoor school reported feeling some degree of homesickness during their stay.

Do's:

- Educate your child – explain that everyone misses something about home when they are away. Tell them that homesickness is normal – “It means that there are a lot of things about home that you love.”
- Talk to your child about their upcoming trip. Ask them to imagine how it might feel to be away from home and parents, to hike on a mountain trail, to sleep in a cabin with other students, to eat three meals a day in a dining hall, to use school restrooms all week, etc.
- The idea of showering while away may cause anxiety for your child. Remind your child that they will have access to an individual shower stall (with a curtain). Explain that they will not have to undress completely in front of others – have them practice getting undressed and dressed while wrapped in a towel (they may need to learn how to secure a towel).
- Discuss coping strategies they can try if they become homesick: keeping busy, reading a book, talking to their friends or counselor, drawing a picture, writing a letter (send self-addressed stamped envelopes or postcards), remembering that they will only be away for a few days, and thinking about all the fun activities at outdoor school (and doing them).
- Allow your child to practice with a sleepover at a friend's or relative's house.
- Pack a personal item from home, like a stuffed animal

Don'ts:

- Don't force your child to attend against their wishes – this leaves them feeling that they have very little decision control. You and your child should be in agreement about whether or not to attend.
- Don't tell your child that you'll come get them if they get homesick – this conveys a message of doubt and pity that undermines their confidence and independence. Also, keep in mind that children are not allowed to use the office phone during their stay and cell phones do not get reception. The classroom teacher attending from your child's school will contact you for urgent matters. However, homesickness is considered routine (not urgent) and will be handled by our experienced staff.
- Although you may experience some separation anxiety of your own, don't convey these feelings to your child – this will cause them to feel unsure about going off on their own. Do not cry when saying goodbye to your child on the morning of the trip – this is not the last image they should have before going away. Be positive and upbeat, reminding them that you will see them in a few days.
- If you write letters, keep them simple and positive. Say such things as: “How are things going? Have you made some new friends? I hope you're having a great time!” Avoid such comments as “I've cried every night since you left,” “Your little sister/brother keeps asking where you are,” or “We all miss you very much.”

When children arrive at the outdoor school with a repertoire of coping strategies, they are ready for those normal feelings of homesickness. Sure, they'll miss home, but they'll know exactly what to think and do if and when it occurs. Overcoming a bout of homesickness can do wonders for a child's independence and self-esteem. Outdoor school is truly a classroom for life's lessons.

Información Importante para los Padres sobre la Añoranza

¿Qué es?

La añoranza es una forma de ansiedad que los niños experimentan normalmente (y a menudo los adultos), cuando están lejos del hogar por períodos de tiempo prolongados, especialmente aquellos que tienen experiencia escasa o nula de estar lejos del hogar. Un estudio reciente indicó que el 96% de los niños que pasan tiempo en un campamento, dijeron que sentían algún grado de añoranza durante su estancia allí.

Lo que hay que hacer:

- Concienciar a su hijo – explíquele que todos añoramos nuestro hogar cuando nos alejamos de él. Dígale que añorar el hogar es muy normal. – “Significa que hay muchas cosas en el hogar que nosotros queremos.”
- Hable con su hijo acerca de su próximo viaje. Pregúntele cómo se siente uno al estar lejos del hogar y de los padres, ir de excursión por las montañas, dormir en una cabaña con otros estudiantes, comer tres comidas al día en un refectorio, usar los cuartos de baño de la escuela toda la semana, etc.
- La idea de ducharse lejos del hogar puede causar ansiedad en su hijo. Recuérdele que para ducharse ellos tienen acceso a un compartimiento individual con una cortina. Explíquele que no tiene que desvestirse completamente en frente de los demás – haga que practique desvestirse y vestirse mientras está envuelto en una toalla
- Hable de las cosas que puede hacer cuando extraña su hogar: Estar ocupado en algo, leer un libro, hablar con los amigos o los líderes, hacer un dibujo, escribir una carta (enviar sobres con nombre, dirección y franqueo pagado o tarjetas postales), pensar que sólo va a estar fuera solo unos pocos días, y pensar sobre todas las actividades amenas para hacer en el campamento (y hacerlas).
- Permitirle a su hijo practicar pasando la noche en la casa de un amigo o de un pariente.
- Llevar en la maleta un artículo personal del hogar, como por ejemplo un animal de peluche.

Lo que no hay que hacer:

- No obligue a su hijo a ir contra su voluntad – esto le hace ver que tiene muy escaso control sobre sus decisiones. Usted y su hijo deberían ponerse de acuerdo acerca de ir o no ir.
- No le diga a su hijo que le irá a recoger si él extraña su casa – esto transmite un mensaje de duda que debilita la confianza en sí mismo y la independencia. También debe tener presente que a los niños no se les permite usar el teléfono de la oficina y que no hay recepción de teléfono celular. El maestro del aula que asiste de la escuela del niño, se pondrá en contacto con usted cuando haya algún asunto urgente. Sin embargo, la añoranza del hogar es considerada normal (no urgente) y el personal experimentado se encargará de ello.
- Usted podría experimentar también ansiedad por la separación. Por favor no transmita a su hijo estos sentimientos – esto le hará sentirse inseguro acerca de marcharse por su cuenta. No llore cuando se despida de su hijo la mañana del viaje – ésta no es la última imagen que él debe tener antes de irse. Sea positivo y optimista, y recuérdale que lo volverá a ver dentro de unos pocos días.
- Si escribe cartas, éstas deben ser sencillas y positivas. Diga por ejemplo: “Cómo va todo? ¿Te has hecho amigo de otros niños? ¡Espero que lo estés pasando muy bien! Evite comentarios como “He llorado todas las noches desde que te fuiste”, “Tus hermanitos preguntan todo el tiempo donde estás”, o “Todos te extrañamos mucho”.

Cuando los niños llegan al campamento con una serie de estrategias para hacer frente a las cosas, están preparados para esos sentimientos normales de añoranza. Quizás añoren el hogar, pero sabrán exactamente lo que deben pensar y hacer si y cuando esto ocurre. Superar un ataque de añoranza puede hacer maravillas para la independencia y autoestima de un niño. La experiencia en el campamento es una experiencia para toda la vida.



**Los Angeles Unified School District
Parent/Guardian Publicity Authorization and Release**

Dear Parent/Guardian:

The Los Angeles Unified School District requests your permission to reproduce through printed, audio, visual, or electronic means activities in which your pupil has participated in his/her education program. Your authorization will enable us to use specially prepared materials to (1) train teachers and/or (2) increase public awareness and promote continuation and improvement of education programs through the use of mass media, displays, brochures, websites, etc.

1. Name of Pupil (please print)

2. Birthdate (please print)

3. Name of Parent (please print)

- a. I, as a parent of guardian, of the above named pupil fully authorize and grant the Los Angeles Unified School District and its authorized representatives, the right to print, photograph, record, and edit as desired, the biographical information, name, image, likeness, and/or voice of the above named pupil on audio, video, film, slide, or any other electronic and printed formats, currently developed, (known as "Recordings"), for the purposes stated or related to the above.
- b. I understand and agree that use of such Recordings will be without any compensation to the pupil or the pupil's parent or guardian.
- c. I understand and agree that the Los Angeles Unified School District and/or its authorized representatives shall have the exclusive right, title, and interest, including copyright, in the Recordings.
- d. I understand and agree that the Los Angeles Unified School District and/or its authorized representatives shall have the unlimited right to use the Recordings for any purposes stated or related to the above.
- e. I hereby release and hold harmless the Los Angeles Unified School District and its authorized representatives from any and all actions, claims, damages, costs, or expenses, including attorney's fees, brought by the pupil and/or parent or guardian which relate to or arise out of any use of these Recordings as specified above.

My signature shows that I have read and understand the release and I agree to accept its provisions.

4. Signature of Parent/Guardian

5. Date Signed

6. Address (Number, Street, Apartment Number)

7. City

8. State

9. Zip Code

10. Telephone

Granting of permission is voluntary. Please return completed form to school.

11. Principal

**Approved as to form by the
Office of the General Counsel.**

12. School

This form shall not be amended without written approval of both the Office of the General Counsel and the Office of Communications/Public Information



Distrito Escolar Unificado de Los Angeles
Autorización de los padres o tutores para la divulgación publicitaria

Estimado(a) padre, madre, tutor o tutora:

El Distrito Escolar Unificado de Los Angeles solicita el permiso de usted para reproducir en forma impresa, auditiva, visual o electrónica actividades en las cuales su hijo(a) haya participado en su programa educativo. La autorización que usted nos otorgue nos permitirá emplear materiales preparados especialmente para (1) capacitar a los profesores o (2) para fomentar entre el público una mayor conciencia y promover un mejoramiento continuo de los programas educativos mediante el uso de los medios de comunicación, las exposiciones, los folletos, los domicilios electrónicos (*websites*), etc.

1. **Nombre y apellido del (de la) estudiante** (escriba por favor en letra de molde)

2. **Fecha de nacimiento** (escriba por favor en letra de molde)

3. **Nombre y apellido del padre o la madre** (escriba por favor en letra de molde)

- a. Yo, como padre, madre, tutor o tutora del (de la) alumno(a) antes mencionado(a) doy mi autorización plena y concedo al Distrito Escolar Unificado de Los Angeles y a sus representantes autorizados el derecho para imprimir, fotografiar, grabar y editar - según lo desee - la información biográfica, el nombre y apellido, las imágenes, las similitudes, o la voz del (de la) alumno(a) antes mencionado(a), en forma auditiva, en videocintas, en filmes, en diapositivas, en cualquier otra forma electrónica o en formatos impresos que actualmente se desarrollan (se les conoce como "Grabaciones"), para los propósitos antes mencionados y declarados.
- b. Entiendo y estoy de acuerdo en que el uso de tales Grabaciones se dará sin compensación alguna para los estudiantes, sus padres o sus tutores.
- c. Entiendo y estoy de acuerdo en que el Distrito Escolar Unificado de Los Angeles o sus representantes autorizados tendrán el derecho exclusivo, el título, el interés e inclusive el derecho de autor de las Grabaciones.
- d. Entiendo y estoy de acuerdo en que el Distrito Escolar Unificado de Los Angeles o sus representantes autorizados tendrán el derecho ilimitado para utilizar las Grabaciones para cualquiera de los propósitos declarados o relacionados con lo antes mencionado.
- e. Por la presente exonero de toda responsabilidad civil al Distrito Escolar Unificado de Los Angeles y a sus representantes autorizados por la totalidad y cada una de las demandas, reclamos, daños y perjuicios, costos o gastos, incluso los honorarios de los abogados, que presenten los alumnos, sus padres o sus tutores en lo relacionado a lo que se haya suscitado o pudiera surgir por cualquier uso de estas Grabaciones, conforme se especificó antes.

Mi firma muestra que he leído y que entiendo esta exoneración de toda responsabilidad civil, y estoy de acuerdo en aceptar sus disposiciones.

4. **Firma del padre, la madre, el tutor o la tutora**

5. **Fecha en que se firmó**

6. **Domicilio (Número de la calle, calle, número de apartamento)**

7. **Ciudad**

8. **Estado**

9. **Código postal**

10. **Teléfono**

El conceder su permiso es de carácter voluntario. Sírvase devolver a la escuela el formulario lleno.

11. **Director(a)**

12. **Escuela**

formulario aprobado por el Despacho del asesor jurídico

Este formulario no podrá ser enmendado sin la aprobación por escrito tanto del Despacho del asesor jurídico como por la Oficina de comunicaciones e información pública.

POINT FERMIN PACKING LIST

WHAT TO BRING: Student luggage, clothing and other personal items (camera, flashlights, water bottles, etc.) should be labeled to help prevent loss and confusion. New or expensive clothing is not recommended. Students are limited to one piece of luggage (suitcase or sports bag), one backpack, and bedding (bedding should be in a plastic bag labeled with student's name).

REQUIRED:

2 pairs of shoes (sneakers are OK)	1 pair of pajamas
1 warm sweater or sweatshirt	1 sleeping bag or WARM blanket
1 warm jacket	1 fitted sheet (twin)
2-4 pairs of long pants for hikes (ankle length)	1 pillow (suggested)
1-2 pairs of shorts or capris (suggested)	1 bath towel, soap & shampoo
5 shirts (no tank tops, spaghetti straps or crop tops)	1 toothbrush & toothpaste
6 pairs of socks	1 book to read in cabin
5 pairs of underwear	
JUNE-SEPT: 1 pool towel / 1 swim suit	

OPTIONAL ITEMS: flashlight, gloves, hat, deodorant, disposable camera (cell phones cannot be used as cameras), water bottle, stuffed animal, lip balm, insect repellent, slippers, flip-flops for showers, letter/postcard material & postage stamps to write home.

DO NOT BRING: Cell phone, electronic devices, weapons, candy, gum, food of any kind, highly scented lotions or other liquids (attracts insects).

POINT FERMIN LISTA DE EMPAQUE

QUE EMPACAR: valija del estudiante, ropa y otros artículos personales (cámaras, focos, botellas de agua, etc.) Una maleta/mochila por estudiante. Artículos / ropa de cama deben estar en bolsa plástica con el nombre de estudiante. Se permiten sacos de cama.

OBLIGATORIO:

2 pares de zapatos (tenis)	1 par de pijamas
1 sudadera	1 saco de dormir o cobija
1 chaqueta/ abrigo	1 sabana ajustable (tamaño twin)
2-4 pares de pantalones largos para escalar (que tapa el tobillo)	1 almohada (no es requerido)
1-2 pares de shorts o pantalón corto (sugerido)	1 toalla, jabón de cuerpo & champú
5 playeras o camisetas (con mangas)	1 cepillo de dientes y pasta
6 pares de calcetas/ medias	1 libro para leer en la cabaña
5 pares de ropa interior	
JUNIO-SEPT: 1 toalla para la piscina / 1 traje de baño	

ARTICULOS OPCIONALES: lámparas, guantes, sombrero, desodorante, cámara desechable (teléfonos celulares no pueden ser usadas como cámara), frasco de agua, osito, bálsamo labial, repelente de insectos, pantuflas, sandalias para bañarse.

NO TRAER: Teléfono celular, dispositivos electrónicos, armas, dulces, chicle, comida de ningún tipo (solo con permiso), cremas o perfumes fuertes (atrae insectos).