TITLE: Student Emergency Information Form

NUMBER: BUL-6303

ISSUER: Dr. Debra Duardo, Executive Director
Student Health and Human Services

DATE: June 16, 2014

ROUTING
Educational Service Centers:
Superintendents
Instructional Directors
Operations Administrators
Principals
Assistant Principals
School Administrative Assistants

POLICY: The Los Angeles Unified School District (LAUSD) in accordance with Education Code 49408 requires that the parent/legal guardian provide current emergency information. The parent or guardian emergency information must include a home address and telephone number as well as a business address and telephone number. The emergency information must also include a telephone number of a relative or friend who is authorized to care for the student in an emergency situation, if the parent or legal guardian cannot be contacted. This information must be accurate and current as the information is utilized for the protection of student health and welfare, and to provide immediate communication with the parent/legal guardian/caregiver.

MAJOR CHANGES: This Bulletin replaces BUL-5091.1, *Student Emergency Information Form*, dated May 17, 2010. Parents/guardians may now elect to be notified by text messages. The new form also includes a section to identify military connected students.

INSTRUCTIONS: The Student Emergency Information Form is available for download in English, Spanish, Korean and Chinese (Attachments A – A-3). Parents/guardians may complete the form online, print it and submit it to their school directly. The form can be accessed online through the LAUSD website, "FAMILIES" section. Schools may also provide hard copies of the Student Emergency Information Form to parents/guardians who do not have access to a computer to complete and return.

Also, beginning August 2014, portions of the emergency contact information can be updated online directly by parents. Parents/guardians wishing to exercise this option must do so through the new Parent Access Support System Portal (PASSport). Parents can register for the PASSport at passport.lausd.net.

ASSISTANCE: For assistance or further information, please contact the Office of Student Health and Human Services at (213) 241-3840.

Attachment A

LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT
STUDENT EMERGENCY INFORMATION FORM

Parent Information: ***Please fill out completely and sign where indicated.*** ***In a major emergency, it is school district policy to retain students at school for their safety. This form will be used by the school staff when students are released to go home. Please complete electronically or print clearly and return completed form to school.***

STUDENT'S LAST NAME	FIRST NAME	M.I.

BIRTH DATE	☐ MALE ☐ FEMALE	GRADE	HOME LANGUAGE

STUDENT'S HOME ADDRESS -- NUMBER	STREET	APT #	CITY	ZIP CODE
MAILING ADDRESS -- NUMBER (IF DIFFERENT FROM ABOVE)	STREET	APT #	CITY	ZIP CODE

PARENT'S / LEGAL GUARDIAN'S LAST NAME	FIRST NAME	RELATIONSHIP TO STUDENT	LIVES WITH? ☐ Yes ☐ No
WORK ADDRESS -- NUMBER	**STREET**	**CITY**	**ZIP CODE**

CONTACT NUMBERS		Indicate which phone to call for each message type:*				EMAIL ADDRESS:
HOME		EMERGENCY	☐ Home	☐ Cell	☐ Work	
CELL		ATTENDANCE	☐ Home	☐ Cell	☐ Work	
WORK		GENERAL INFO	☐ Home	☐ Cell	☐ Work	
TEXT		☐ I authorize receiving text messages and understand that I am responsible for all text related charges.				

PARENT'S / LEGAL GUARDIAN'S LAST NAME	FIRST NAME	RELATIONSHIP TO STUDENT	LIVES WITH? ☐ Yes ☐ No
WORK ADDRESS -- NUMBER	**STREET**	**CITY**	**ZIP CODE**

CONTACT NUMBERS		Indicate which phone to call for each message type:*				EMAIL ADDRESS:
HOME		EMERGENCY	☐ Home	☐ Cell	☐ Work	
CELL		ATTENDANCE	☐ Home	☐ Cell	☐ Work	
WORK		GENERAL INFO	☐ Home	☐ Cell	☐ Work	
TEXT		☐ I authorize receiving text messages and understand that I am responsible for all text related charges.				

To the principal: In case you are unable to reach me during any emergency, you are authorized to contact and, if necessary, release my child to any of the following:

NAME	RELATIONSHIP	HOME PHONE	CELL PHONE	WORK PHONE
NAME	RELATIONSHIP	HOME PHONE	CELL PHONE	WORK PHONE
NAME	RELATIONSHIP	HOME PHONE	CELL PHONE	WORK PHONE

List any other family members attending this school:

LAST NAME	FIRST NAME	HOME ROOM	GRADE	RELATIONSHIP
LAST NAME	FIRST NAME	HOME ROOM	GRADE	RELATIONSHIP

MILITARY CONNECTED FAMILY: In efforts to provide resources and support to military connected students and their families, please respond to the following:	Immediate family member in the military (Active Duty, Guard, Reserve, or Veteran): ☐YES ☐NO Relationship to Student: _____	Currently Deployed: ☐YES ☐NO Military Branch: _____ Status: ☐Active Duty; ☐Guard; ☐Reserve; ☐Veteran; ☐Deceased

AUTHORIZATION FOR EMERGENCY MEDICAL TREATMENT

The undersigned, as parent/legal guardian of, _____ a minor,

(Print name of the student here)

hereby authorizes the principal or designee, into whose care the student has been entrusted, to consent to any X-ray examination, anesthetic, medical or surgical diagnosis, treatment, and/or hospital care to be rendered to the student upon the advice of any licensed physician and/or dentist. It is understood that this authorization is given in advance of any required diagnosis, treatment, or hospital care and provides authority and power to the Los Angeles Unified School District ("District") to give specific consent to any and all such diagnosis, treatment, or hospital care which a licensed physician or dentist may deem necessary. This authorization is given in accordance with Section 49407 of the California Education Code, and shall remain effective until revoked in writing and delivered to the District. I understand that the District, its officers and its employees assume no liability of any nature in relation to the transportation of the student. I further understand that all costs of paramedic transportation, hospitalization, and any examination, X-ray, or treatment provided in relation to this authorization shall be my sole responsibility as the student's parent/guardian.

HEALTH ALERTS -- ***List any medical condition which restricts physical activity or requires special attention. Include conditions such as asthma and allergies such as peanut and bee stings. If none, please indicate "none".***

DOES THE STUDENT HAVE HEALTH INSURANCE? (Check One) ☐ YES ☐ NO* **If "Yes":** ☐ Private Health Insurance ☐ Medi-Cal ☐ Healthy Families

MEDI-CAL / HEALTHY FAMILIES ID Number:

1. PRIVATE HEALTH INSURANCE NAME	GROUP NO.	2. PRIVATE HEALTH INSURANCE NAME (If covered under more than one plan)	GROUP NO.
NAME OF DOCTOR / MEDICAL OFFICE		**PHONE NUMBER OF DOCTOR / MEDICAL OFFICE**	

*If the student currently does not have health insurance, information on free or low-cost health care programs is available by calling the District's toll-free HELPLINE 1(866)742-2273.

MY CHILD IS ALLERGIC TO THE FOLLOWING MEDICATIONS:
MY CHILD CURRENTLY TAKES THE FOLLOWING MEDICATIONS:

I CERTIFY THAT I HAVE READ AND UNDERSTOOD THIS FORM AND DO HEREBY GIVE MY AUTHORIZATION FOR EMERGENCY MEDICAL TREATMENT, AND THAT ALL OF THE INFORMATION I HAVE PROVIDED ON THIS FORM IS TRUE AND CORRECT.

X **DATE**

SIGNATURE OF: (CHECK ONE) ☐ PARENT ☐ LEGAL GUARDIAN CAREGIVER (AFFIDAVIT)

* Selected telephone number must be a direct dial number (no extensions).

STUDENT'S LAST NAME | FIRST NAME | MIDDLE INITIAL

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ÁNGELES
FORMULARIO ESTUDIANTIL DE INFORMACIÓN PARA EMERGENCIAS

Información para Padres: Favor de llenar este formulario por completo y firmar en la sección indicada. En caso de una emergencia grave las normas del distrito escolar requieren mantener a los alumnos en la escuela por su seguridad. El personal escolar usará este formulario cuando los alumnos sean permitidos volver a casa. Favor de llenar electrónicamente o con letra de molde clara y entregar el formulario completo en la escuela.

APELLIDO DEL ESTUDIANTE

APELLIDO DEL ALUMNO	NOMBRE	INICIAL

FECHA DE NACIMIENTO	☐ Masc. ☐ Femen.	GRADO	IDIOMA QUE SE HABLA EN CASA

DOMICILIO DEL ALUMNO – Número	CALLE	APT #	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL
DOMICILIO POSTAL -- Número (SI DIFIERE AL DE ARRIBA)	CALLE	APT #	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL

APELLIDO DEL PADRE/TUTOR LEGAL	NOMBRE	PARENTEZCO AL ALUMNO	VIVE CON EL ALUMNO
			☐ Sí ☐ No

DIRECCIÓ N DEL TRABAJO	CALLE	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL

Números telefónicos de contacto		Indicar a qué número llamar para cada tipo de mensaje:*				CORREO ELECTRÓNICO:
HOGAR		EMERGENCIA	☐ Hogar	☐ Celular	☐ Trabajo	
CELULAR		ASISTENCIA	☐ Hogar	☐ Celular	☐ Trabajo	
TRABAJO		INFORMACIÓN GENERAL	☐ Hogar	☐ Celular	☐ Trabajo	
MSG. DE TEXTO		☐	Autorizo que se me envíen mensajes de texto y entiendo que los cobros derivados son responsabilidad mía.			

APELLIDO DEL PADRE/TUTOR LEGAL	NOMBRE	PARENTEZCO AL ALUMNO	VIVE CON EL ALUMNO
			☐ Sí ☐ No

DOMICILIO – número	CALLE	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL

Números Telefónicos de Contacto		Indicar a qué número llamar para cada tipo de mensaje*				CORREO ELECTRÓNICO:
HOGAR		EMERGENCIA	☐ Hogar	☐ Celular	☐ Trabajo	
CELULAR		ASISTENCIA	☐ Hogar	☐ Celular	☐ Trabajo	
TRABAJO		INFORMACIÓN GENERAL	☐ Hogar	☐ Celular	☐ Trabajo	
MSG. DE TEXTO		☐	Autorizo que se me envíen mensajes de texto y entiendo que los cobros derivados son responsabilidad mía.			

NOMBRE

Al director: En caso de no localizarme durante una emergencia, le autorizo a contactar y, de ser necesario, entregarle a mi niño a cualquiera de las siguientes personas:

NOMBRE	PARENTEZCO	TEL. DEL HOGAR	TEL. DE CELULAR	TEL. DEL TRABAJO
NOMBRE	PARENTEZCO	TEL. DEL HOGAR	TEL. DE CELULAR	TEL. DEL TRABAJO
NOMBRE	PARENTEZCO	TEL. DEL HOGAR	TEL. DE CELULAR	TEL. DEL TRABAJO

Incluir cualquier otro miembro de la familia que asista a esta escuela:

APELLIDO	NOMBRE	SALÓN PRINCIPAL	GRADO ESCOLAR	PARENTEZCO
APELLIDO	NOMBRE	SALÓN PRINCIPAL	GRADO ESCOLAR	PARENTEZCO

FAMILIA CON NEXOS MILITARES: A fin de proporcionar recursos y apoyo a alumnos y a sus familias con nexos miliares, favor de contestar las siguientes secciones:	Miembro directo de la familia en el ejército (servicio activo, en la Guardia nacional, Reservas, veterano): ☐Sí ☐No Parentesco con el alumno _____	Desplegado actualmente: ☐YES ☐NO Rama militar: _____ Estatus: ☐Servicio Activo; ☐Guardia; ☐Reservas; ☐Veterano; ☐ Occiso

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA

El abajo firmante, como padre/tutor legal de: _____ menor de edad,

(Escribir el nombre del alumno con letra de molde)

por medio del presente autoriza al director o persona designada, habiéndosele encomendado el cuidado del alumno, a acceder a cualquier análisis con radiografía, anestesia, diagnóstico médico o quirúrgico, tratamiento y/o atención en hospital para el alumno, según lo especifique un médico acreditado y/o dentista. Estoy al tanto de que esta autorización se extiende antes de cualquier diagnóstico, tratamiento o atención en hospital necesaria y otorgo la autoridad y facultad al Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles ("Distrito") de dar consentimiento a todo y cualquier diagnóstico, tratamiento, o atención en hospital con un médico acreditado o dentista conforme se determine necesario. Esta autorización se extiende de acuerdo con el Artículo 49407 del Código de Educación de California, y seguirá en vigencia hasta que se revoque por escrito y dicha revocación se entregue al Distrito. Entiendo que el Distrito, sus funcionarios y empleados no asumen responsabilidad de cualquier índole en relación con el transporte del alumno. También estoy al tanto de que el costo de transporte de paramédicos, hospitalización, análisis, radiografías, o tratamiento que se proporcione en relación con esta autorización será responsabilidad exclusivamente mía, como padre/tutor del alumno.

ALERTA DE SALUD – ***Incluir cualquier condición médica del alumno que limite actividad física o requiera atención especial. Incluir condiciones tales como asma y alergias (por ejemplo: a la crema de maní, o picaduras de abeja). Si el alumno no presenta ninguna condición indicar "ninguna".***

S.N.

INDICAR SI EL ALUMNO TIENE SEGURO MÉDICO (Marcar uno) ☐ Sí ☐ No* Si respondió "Sí" Indique: ☐ Seguro médico Particular ☐ Medi-Cal ☐ Healthy Families			
# de miembro MEDI-CAL / HEALTHY FAMILIES:			
1. SEGURO MÉDICO PARTICULAR	GRUPO #	1. SEGURO MÉDICO PARTICULAR	GRUPO #
NOMBRE DEL DOCTOR/ CLÍNICA		NOMBRE DEL DOCTOR/ CLÍNICA	

*Si el alumno actualmente no tiene seguro médico, para información sobre programas gratuitos o a precios módicos, llame sin costo alguno a la LINEA DE ASISTENCIA del Distrito al : 1(866)742-2273.

MI HIJO ES ALÉRGICO A LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS: :	
MI HIJO ACTUALMENTE TOMA LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS:	

HAGO CONSTAR QUE LEÍ Y ENTIENDO ESTE FORMULARIO Y OTORGO MI AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA, Y QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONÉ EN ESTE FORMULARIO ES VERÍDICA Y CORRECTA.

X **FECHA**

FIRMA DE: (MARCAR UNO) ☐ PADRE ☐ TUTOR LEGAL PERSONA A CARGO DEL CUIDADO (DECLARACIÓN JURADA)

* El número telefónico seleccionado debe ser línea de marcado directo (no extensiones)

로스앤젤레스 통합교육구
학생 비상 연락 정보서

학부모에게 알림: 전체 내용을 작성한 후 지정된 곳에 서명하십시오. 비상 상황시, 교육구 방침에 따라 안전을 위해 학생을 학교의 보호 하에 둘 수 있으며, 학생을 내보낼 때 이 서류의 정보를 이용할 것입니다. 전자상으로 작성하거나 정자로 잘 기입하여 학교로 보내주십시오.

학생의 성

학생의 성	이름	M.I.
생년월일 / ☐남 ☐여	학년	모국어
학생 집 주소- 도로 번호	도로명	APT # / 시 / 우편번호
우편물 주소 -- 도로 번호 (위의 주소와 다를 경우)	도로명	APT # / 시 / 우편번호
부모/법적 보호자의 성	이름	학생과의 관계 / 함께 살고있는가? ☐예 ☐아니오
직장 주소-- 도로 번호	도로명	시 / 우편번호

연락 전화번호		상황에 따라 원하는 전화 종류: *				이메일 주소:
집		비상 상황	☐ 집	☐ 휴대폰	☐ 직장	
휴대폰		결석	☐ 집	☐ 휴대폰	☐ 직장	
직장		일반 정보	☐ 집	☐ 휴대폰	☐ 직장	
문자		☐	본인은 문자 메시지를 허락하며, 모든 문자 관련 비용에 대한 책임이 있음을 이해합니다.			

이름

부모/법적 보호자의 성	이름	학생과의 관계 / 함께 살고있는가? ☐예 ☐아니오
직장 주소-- 도로 번호	도로명	시 / 우편번호

연락 전화번호		상황에 따라 원하는 전화 종류: *				이메일 주소:
집		비상 상황	☐ 집	☐ 휴대폰	☐ 직장	
휴대폰		결석	☐ 집	☐ 휴대폰	☐ 직장	
직장		일반 정보	☐ 집	☐ 휴대폰	☐ 직장	
문자		☐	본인은 문자 메시지를 허락하며, 모든 문자 관련 비용에 대한 책임이 있음을 이해합니다.			

교장선생님께: 비상시 본인에게 연락이 닿지 않을 때, 필요한 경우에는 다음 분들에게 연락을 취하여 자녀를 데려가는 것을 허락합니다:

성명	관계	집 전화번호	휴대폰	직장 전화번호
성명	관계	집 전화번호	휴대폰	직장 전화번호
성명	관계	집 전화번호	휴대폰	직장 전화번호

이 학교에 재학하는 다른 가족원:

성	이름	홈룸	학년	관계
성	이름	홈룸	학년	관계

군대와 관련된 패밀리: 군대와 관련된 학생 및 그 가족에게 여러 자원과 지원을 제공하기 위함입니다. 다음에 답해주십시오:	군대와 관련된 직계 가족(현역, 방위군, 예비군, 재향 군인): ☐**예** ☐**아니오** 학생과의 관계: _____	현역으로 투입: ☐**예** ☐**아니오** 군사 기지: _____ 신분: ☐**현역;** ☐**방위군;** ☐**예비군;** ☐**재향 군인;** ☐**사망**

비상 시 의료 치료 허락서

아래 서명한 미성년자의 부모/법적 보호자는 _____ 미성년자,

(학생의 성명을 이곳에 적으십시오)

해당 학생을 돌보는 책임을 있는 교장이나 교장 대리인에게 다음을 허락하는 바, 공인 의사 그리고/또는 치과 의사의 조언에 의해 이루어진 조치들 즉, 엑스레이 검진, 마취, 의료 또는 수술 진단, 치료 그리고/또는 병원 치료에 동의하며 이를 허락한다. 이런 허락 위임서는 요구되는 진단, 치료 또는 병원 치료가 있기 전 사전에 주어져서, 공인 의사나 치과의사가 필요하다고 생각되는 모든 진단, 치료 또는 병원 치료에 대한 동의를 명시함으로써 로스앤젤레스 통합교육구("교육구")에 그 위임권을 주는 것으로 이해된다. 본 허락 위임서는 캘리포니아 교육법 제 49407 항에 의한 것이며, 취소 내용이 서면으로 작성되어 교육구에 도착할 때까지 그 효력이 유효하다. 교육구, 해당 교직원과 교육구 고용인은 학생을 옮기는 것과 관련된 어떠한 성질의 책임도 지지 않음을 본인은 이해합니다. 더불어, 구급차, 입원 그리고 검진, 엑스레이 또는 검진 비용은 학생의 부모/보호자의 단독 책임임을 본인은 이해한다.

건강 경고 – 특별한 주의가 필요하거나 신체 활동을 제한하는 의료 상태를 명시하고, 천식 그리고 땅콩이나 벌에 쏘여서 발생할 수 있는 알러지도 포함시키십시오. 해당 사항이 없다면 "없음"이라고 표기하십시오.

중간 이름 이니셜

학생은 의료보험이 있습니까? (한 곳에 표시하십시오) ☐ **예** ☐ **아니오*** **"예"라고 답한 경우:** ☐ 사설 **의료 보험** ☐ 메디칼 ☐ 헬씨 패밀리

메디칼/헬씨 패밀리 신분증 번호:

1. 사설 의료 보험	**그룹 번호**	**2. 사설 의료 보험** (의료 보험이 하나 이상인 경우)	**그룹 번호**
의사 성함/진료실		**의사 성함/진료실 전화번호**	

*해당 학생이 의료 보험이 없는 경우, 교육구 무료전화 HELPLINE 1(866)742-2273 에 연락하여 무료 또는 저렴한 비용의 의료 보험 정보를 받을 수 있습니다.

본인의 자녀는 다음 약에 알러지가 있습니다:	
본인의 자녀는 현재 다음의 약을 복용하고 있습니다:	

본인은 본 서식을 읽고 이해했으며 응급 의료 치료를 허락하며, 본 서식에 기입한 정보는 진실이며 정확함을 확약합니다.

X _____ 날짜 _____

서명: (한 곳에 명시하시오) ☐ 학부모 ☐ 법적 보호자 양육제공자 (선서 진술서)

★ (교환번호)가 아닌 직통 번호여야 합니다

洛杉磯聯合學區
學生緊急情況表

家長資訊: 請完全填寫並在註明處簽名。在嚴重緊急情況下，為了學生的安全，學校的政策規定要將他們留置在學校。
當學生被行回家時，學校員工即使用本表。請用電子方式填寫或者清晰地以正楷填寫 ，並將完全填寫好的表格交回學校。

學生姓氏

學生姓氏	名字	中間名簡寫

生日	☐ 男性 ☐ 女性	年級	家庭使用語言

學生家庭地址 – 門牌號碼	街名	房間號	城市	郵政區號
郵遞地址 -- 門牌號碼 (如果不同於上數地址)	街名	房間號	城市	郵政區號

名字

家長 / 監護人姓氏	名字	和學生的關係	住在一起? ☐ 是 ☐ 否
工作地址 -- 門牌號碼	街名	城市	郵政區號

聯繫電話號碼		表明在何種情況下打哪個電話：				電郵郵址:
家庭		緊急情況	☐家庭	☐手機	☐工作	
手機		上課出席	☐家庭	☐手機	☐工作	
工作		一般信息	☐家庭	☐手機	☐工作	
短讯		☐	我授权接收手机短讯并明白我对所有电文相关的费用负责。			

家長 / 監護人姓氏	名字	和學生的關係	住在一起? ☐ 是 ☐ 否
工作地址 -- 門牌號碼	街名	城市	郵政區號 ☐ Yes ☐ No

聯繫電話號碼		表明在何種情況下打那個電話：				電郵郵址:
家庭		緊急情況	☐家庭	☐手機	☐工作	
手機		上課出席	☐家庭	☐手機	☐工作	
工作		一般信息	☐家庭	☐手機	☐工作	
短讯		☐	我授权接收手机短讯并明白我对所有电文相关的费用负责。			

名字

致校長:萬一在發生任何緊急情況你無法與我聯繫時，現授權和下列任何一個人聯繫，或者在必要時將我孩子交給下列中的任何一個人：

姓名	關係	家庭電話	手機	工作電話
姓名	關係	家庭電話	手機	工作電話
姓名	關係	家庭電話	手機	工作電話

列出在本校上學的其他家庭成員：

姓氏	名字	主教室號碼	年級	關係
姓氏	名字	主教室號碼	年級	關係

与军人有关系的: 为了努力为与军人有关系的学生以及他们的家庭提供资源和支持，请对下述作出回应:	与军队有直接关系的家庭 (现役, 警卫, 后备队, 或者退役): ☐是的 ☐否 和学生的关系: _____	最近部署: ☐是的☐否 军队分支: _____ 状况: ☐现役勤务; ☐警卫; ☐后备; ☐退役; ☐去世

緊急情況時藥物治療授權書

下面簽字者是右邊所列學生姓名的家長／法定監護人：_____ 未成年,

(以正楷書寫學生姓名)

特此授權校長或者特定指派人將孩子交由委託照顧，同意作任何 X 射線檢查、使用麻醉劑、醫療或者手術診斷、治療和／或者經任何持有執照醫師和／或者牙醫建議之下為孩子提供入院治療。我們都明白這份授權書是在任何必須的診斷、治療或者住院之前就授與的，它授權洛杉磯聯合學區 ("學區") 對任何或者所有這類經由持有執照醫師或者牙醫所必須進行的診斷、治療或者住院給以特殊同意。本授權書是根據加州教育法規第 49407 款而作出的，並且將會持續生效直到有遞交給學區的書面廢除為止。我明白學區、它的領導成員和雇員們對和將學生送院有關的任何狀況並不承擔任何責任。我進一步明白，作為此學生的家長／監護人，由本授權書而引起的所有急救送院、住院和任何檢查、X 射線檢查、或者治療所產生的費用將由我個人全然負責。.

健康上的警訊 – 列出任何需要限制體育活動或者需要有特別照料的健康狀況。其包括如哮喘和例如花生和蜜蜂叮螫所產生的過敏狀況。如果沒有就請寫 "沒有- none".

中間名

此學生有醫療保險嗎? (勾選其一) ☐ 有 ☐ 沒有* 如果 "有": ☐ 私人健康保險 ☐ Medi-Cal -加州醫療補助計劃 ☐ Healthy Families－健康家庭

加州醫療補助計劃 / 健康家庭證件號碼:

1. 私人健康保險公司名字	組合號碼	2. 私人健康保險公司名字 (如果有一種以上計劃保護)	組合號碼
醫生姓名 / 醫療所名字		醫生電話號碼 / 醫療所電話號碼	

*如果學生目前沒有健康保險，請打電話至洛杉磯聯合學區以取得免費或者低價健康醫療資訊，電話請撥免費熱線電話服務 1(866)742-2273。

我孩子對下列藥物過敏：	
我孩子目前服用下列藥物：	

我保證我已經讀過並明白這份表格的內容，在此授權進行緊急情況醫療，並且，我在本表格中所提供的所有資訊都是真實並正確的。

X **日期**

下列之一成員的簽名: (勾選其一) ☐ 家長 ☐ 法定監護人 監护者(宣誓)

★ 所選電話必須是直線電話號碼 (沒有分機號碼)