



## Medical Exemption Request – Student Cell Phone/Electronic Device (Solicitud de Exención Médica – Teléfono celular/dispositivo electrónico del estudiante)

In general, students are not permitted to possess/use a personal cell phone or electronic device powered on during the school day/bell schedule hours. If you feel that your child needs to have access to their personal cell phone or electronic device for their health or well-being, please complete and return this form to the school nurse for review.

En general, no se permite a los estudiantes tener/usar un teléfono celular personal o dispositivo electrónico encendido durante la jornada/horario escolar. Si siente que su estudiante necesita tener acceso a su teléfono celular personal o dispositivo electrónico por motivo de su salud o bienestar, por favor complete y entregue este formulario al personal de enfermería escolar para su revisión.

1. Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ F.D.N.: \_\_\_\_\_
2. Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_
3. Información de Contacto del Padre de Familia  
Nombre del padre de familia/tutor legal: \_\_\_\_\_  
Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_ Tel. del empleo: \_\_\_\_\_ Tel. celular: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_
4. Medical Provider (California Licensed MD / DO / NP / PA)  
Medical Provider (providing care to the student for the condition for which services are requested)  
Name and Title: \_\_\_\_\_  
Medical Provider Address: \_\_\_\_\_  
Medical Provider Phone Number: \_\_\_\_\_  
Name of Supervising Physician (NP / PA): \_\_\_\_\_

**Reconocimiento / Divulgación:** Mediante mi firma, autorizo la divulgación e intercambio de información médica entre el profesional médico(s) que figura en este formulario o su representante designado y el personal escolar. Mi firma proporciona al profesional médico(s) la autorización necesaria para divulgar información de salud protegida y registros en referencia a dicho estudiante. Esta autorización podrá ser retirada en cualquier momento por escrito y, si se retira, podría afectar al estado de la solicitud.

Favor de tener en cuenta: Este formulario, junto con permiso del padre de familia para comunicarse con el profesional médico del estudiante, deberá llenarse en su totalidad para que el estudiante sea considerado para esta solicitud de exención.

Firma del Padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Yo/nosotros (padre de familia/tutor legal) solicitamos permiso para una exención de uso de teléfono celular/dispositivo electrónico para \_\_\_\_\_ (nombre del estudiante). Si se aprueba, entendemos que el teléfono celular / dispositivo electrónico deberá ser utilizado por el estudiante solo como se indique por el profesional médico a continuación.

Firma del Padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Entiendo que llenar esta solicitud no constituye ni garantiza ninguna exención a la política de teléfonos celulares del Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles. Reconozco que si mi exención es aprobada, se me permitirá usar mi dispositivo electrónico personal como lo indique el profesional médico a continuación.

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

This section is to be completed by a medical provider (California Licensed MD / DO / NP / PA) providing medical care for the condition:

Explain exactly what activities you expect the student to need a cell phone/electronic device for during the school day that is necessary for the health or well-being of the student:

---

---

---

---

---

Medical Provider Name & License #: \_\_\_\_\_

Medical Provider Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

School Use Only

Form submission received and acknowledged

School Nurse Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Once acknowledged, please provide a copy of this form to the school principal, the student's teacher, and the parent/legal guardian. File the original in the student's health record card.**