STUDENT HEALTHY WEIGHT PROGRAM

Referral Prescription and Consent Form

The Student Healthy Weight Program is designed to improve communication between children, families, primary care providers and school staff to more effectively address the needs of school children with high BMI (defined as above the 95%ile for age). The Student Healthy Weight Program requires authorization and a referral prescription by the primary care provider by their request. **Parental authorization and consent to proceed is mandatory.**

This referral prescription form must be taken to school nurse along with signed consent form for participation!

Date**: _____/____/____** Provider: _____ Provider Contact Phone: _____

Provider Email: _____Provider Fax#_____

Provider Signature _____ **Preferred Method of Contacting Provider** ____Email _____Fax
Student: _____ Date of Birth: _____/____/____
School: _____Grade: _____Age:_____
Parent/Guardian _____Home Phone: _____Cell: _____

Baseline Health Data:

Weight: _____ Height: _____ BMI %ile: _____ B/P: _____/_____
Asthma:_____ Cardiac Conditions:_____ Other:_____
General Comments:

Goals for next Six Months: ____Decrease BMI % ___Increased Physical Activity/Education
_____Improved Food Choices _____Nutrition Education ____Other:_____

School Nurse: Check all that apply
_____Discuss Nutrition topics and Sleep Habits _____Discuss and Review Nutrition Logs
_____Measure Weight, Height, and Blood Pressure ____Quarterly ___Other
_____Communicate student progress to Health Care Provider and parent using Quarterly Reports
Physical Education Staff: Check all that apply
_____Develop plan for increased physical activity before, during, or after school if appropriate
_____Discuss and review Physical Activity Logs
_____Discuss Physical Activity topics and Screen Time Habits
_____Communicate student progress to Health Care Provider and parent using Quarterly Reports

---

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN PARA EL BIENESTAR

Esta autorización para el Plan de acción para el bienestar de los estudiantes debe ser entregada al enfermero de la escuela para coordinación en la escuela con el equipo de servicios de apoyo a los estudiantes, el personal de educación física y los educadores de salud para establecer un plan de intervención personalizado. La participación y la cooperación continua de la familia se dan por sentadas y son de suma importancia para el éxito del programa.

Por la presente autorizo y doy mi consentimiento a la inscripción de mi estudiante, _____ en el Plan de acción para el bienestar de los estudiantes de Maryland, para un programa de intervención individualizado en la escuela. Doy mi permiso para que la escuela le proporcione servicios del Plan de acción para el bienestar de los estudiantes a mi hijo(a). Entiendo que puede ser necesario para el personal de servicios de apoyo al estudiante y para el médico remitente compartir información escolar y de salud de manera verbal y por escrito como parte de este plan de atención y les concedo el permiso para hacer esto.

PADRE/MADRE/TUTOR: _____Fecha:_____

SOLICITADO POR EL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA: _____Fecha:_____

REVISADO POR EL ENFERMERO DE LA ESCUELA: _____Fecha:_____