

Parte 3 – Información del Padre/ Tutor

Madre	Tutor	Padre	Tutor
Nombre:		Nombre:	
Dirección:		Dirección:	
Ciudad/Estado/Código postal:		Ciudad/Estado/Código postal:	
Teléfono de casa:		Teléfono de casa:	
Teléfono del trabajo:		Teléfono del trabajo:	
Celular:		Celular:	
Lugar de empleo:		Lugar de empleo:	

Parte 4 – Información de la familia

Otros adultos importantes que viven con la familia:

Nombre:	Parentesco:
Nombre:	Parentesco:
Hermanos:	
Nombre	Fecha de Nacimiento

Parte 5 - Información de Salud y vacunación:La cartilla de Vacunación está completa y al corriente? Sí No

La forma DHMD 896 está completa/Aprobada por la enfermera de la escuela (Nombre/Fecha: _____)

Aprobación temporal del documento por otro oficial de la escuela (Nombre/Fecha: _____)

Requerido por la ley todos los estudiantes que entran a una escuela pública en MD por primera vez, deben haber recibido un examen médico en los últimos 9 meses? Sí No Si "NO", favor de explicar las razones: económicas, falta de acceso, otro (por favor escriba las razones): _____

Favor de anotar cualquier condición médica (medicamentos, alergias, condición médica, etc)

Parte 6 - Contactos en caso de emergencias:

Nombre	Parentesco	Teléfono 1	Teléfono 2

Parte 7 – Garantiza que

El alumno (a), _____, ha sido inscrito en base a la información dada por el padre/tutor.

Firma del Padre/Tutor/Fecha: _____

Firma del Oficial Escolar/Fecha: _____

Para uso de la escuela solamente:

Zona escolar que se atenderá:	Student ID#
Escuela asignada:	SS#
Grado:	AM Bus:
Fecha de inscripción con KCPS:	PM Bus:

NOTAS:



Kent County Public Schools

Desarrollando una comunidad de líderes

El Departamento de Educación del Estado de Maryland (MSDE) requiere que las Escuelas Públicas del Condado de Kent recopilen información sobre las experiencias de cuidado temprano de todos los estudiantes de preescolar, prejardín de infantes y jardín de infantes recién inscritos. Proporcione la siguiente información para completar el cuadro a continuación.

Nombre del niño _____

Fecha de nacimiento ____/____/____

Grado (circule uno): Preescolar Pre kinder Jardín de infancia

Atención Previa Predominante - ¿En qué tipo de entorno de cuidado temprano pasó su hija mayoría de su tiempo desde septiembre pasado? (Marque las casillas que correspondan.)

Previo Cuidado	Día completo	Medio día (mañana)	Medio día (tarde)
<p>Atención informal/Hogar o cuidado por un familiar - El niño ha sido cuidado exclusivamente en el hogar o por un familiar desde el pasado mes de septiembre.</p> <p><i>Cuidado no reglado prestado en un hogar por un familiar o no familiar.</i></p>			
<p>Inició: <i>Un programa preescolar federal para niños de 3 a 5 años de edad de familias de bajos ingresos; financiado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. y autorizado por la Oficina de Cuidado Infantil del Departamento de Educación de Maryland.</i></p> <p>¿Que centro? <input type="checkbox"/> Chestertown <input type="checkbox"/> Rock Hall</p>			
<p>Prejardín de infantes de KCPS: Educación preescolar en escuelas públicas para niños de 4 años; administrado por las juntas locales de educación y regulado por el MSDE de acuerdo con COMAR 13A.06.02 Programas de prejardín de infantes.</p> <p><u>Marque a qué escuela asistió su hijo de la lista a continuación.</u></p> <p><input type="checkbox"/> Garnet <input type="checkbox"/> Rock Hall <input type="checkbox"/> Galena</p>			

<p>Guardería - El cuidado de niños se brindaba en un centro, generalmente no residencial. <i>Una instalación, generalmente no residencial, que brinda atención a niños durante parte o todo el día en ausencia de uno de los padres. Los centros tienen licencia de MSDE, Office of Child Care.</i></p>			
<p>Centro de cuidado infantil familiar - Cuidado de niños en una residencia que no sea el hogar del niño donde se pagó al proveedor por el servicio. <i>Cuidado regulado dado a un niño menor de 13 años, en lugar del cuidado de los padres por menos de 24 horas, en una residencia distinta a la del niño y por la cual se le paga al proveedor. El cuidado infantil familiar está regulado por MSDE, Office of Child Care.</i></p>			
<p>Escuela Infantil No Pública - Programas preescolares con un enfoque “educativo” para niños de 3 y 4 años, generalmente jornada parcial, nueve meses al año. No es parte de las Escuelas Públicas del Condado de Kent. <i>Programa preescolar con un enfoque de “educación” para niños de 2, 3 o 4 años; aprobado o exento por MSDE; generalmente mediodía, nueve meses al año.</i></p>			
<p>Jardín de infancia - El estudiante está repitiendo Kindergarten.</p>			

¡Gracias!

4/17/23

Formulario de Transporte

Por Favor Complete

Raza 1 2 3 4 5

- 1- Nativo Americano
- 2- Asiático
- 3- Afroamericano
- 4- Nativo de Hawái/ Otras Islas del Pacífico
- 5- Blanco

Fecha _____

Genero **Femenino o Masculino**

Circule uno

Escuela _____

Para la ubicación del distrito: infoñnderi.com

Grado **Pre-K o K**

Circule uno

Nombre del Estudiante _____

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento del Estudiante _____

Mes Día Año

Nombre de los Padres o Tutores: _____

Dirección de Casa del Estudiante: _____

Calle; Localización Física

P.O. Box

Ciudad _____

Estado

Código Postal

Tenga en cuenta que futuros cambios de dirección solo se pueden cambiar a nivel escolar con prueba de residencia. Números de Teléfono: es importante que los conductores de autobús tengan un número de teléfono accesible. Solo el número de teléfono #1 aparecerá en la lista de autobuses escolares para que el conductor del autobús se comuniquen con los padres.

Teléfono #1 _____

Circule uno Casa/Celular/Trabajo

Nombre _____

Teléfono #2 _____

Circule uno Casa/Celular/Trabajo

Nombre _____

Teléfono #3 _____

Circule uno Casa/Celular/Trabajo

Nombre _____

Correo Electrónico _____

Condado de Kent Escuelas Públicas

Ubicación Formulario de Cambio de Transporte

(Este formulario no otorga colocación fuera de la zona.)

BOE Política permite una constante AM lugar de recogida y una caída constante de PM ubicación.
 Para el examen de su solicitud de servicio de autobús hacia o desde diferentes coherente de recogida o de entrega de localidades,
 Por favor complete el siguiente formulario (en mayúsculas):
Archivos sólo si es diferente del domicilio.

Nombre del Estudiante: _____ Nombre de la escuela: _____

Grado del Estudiante: _____ Nombre del Padre: _____

Dirección: _____ Teléfono del trabajo: _____
calle

_____ Teléfono de la casa: _____
ciudad estado código postal po

Teléfono celular: _____

Sólo un alumno por cada formulario, si más de un estudiante está en la lista, impreso será devuelto para su corrección.

A.M. Recolección	Físico Dirección:
	Contacto: Teléfono:
P.M. De retorno	Físico Dirección:
	Contacto: Teléfono:

Nota: El padre es devolver este formulario completado al Departamento de Transporte, 5608 Boundary Ave Rock Hall, MD 21661, o por fax al (410) 810-2671 que permite un mínimo de 5 días hábiles para su procesamiento. Durante los meses de verano, las rutas se están preparando y notificación será antes del inicio de clases. Cambio de servicio no se iniciará hasta que se reciba la autorización del Departamento de Transporte.

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

Camine con los niños más pequeños hacia y desde la parada de autobús escolar, utilizando esta oportunidad para enseñar a los niños unas prácticas adecuadas de los peatones. Si los padres no pueden acompañar a sus hijos, se deberían tomar medidas, si es posible, para niños mayores (hermanos, hermanas, o vecinos) para escoltar a los niños más pequeños hasta y de la parada del autobús escolar. Pre-K y K estudiantes deben tener a alguien reunirse con ellos en la parada de autobús. Los padres que no cumplan con esta solicitud puede ser responsable por las consecuencias monetarias, si el estudiante tiene que ser devuelto a la escuela. Llegue a la parada de autobús (5)

Sólo el Departamento de Transporte: Parent School BusDriver

Approved Denied **Comments/Reasons:** _____

A.M. Bus # _____ P.M. Bus # _____

Effective Date: _____

Formulario de beneficios educativos 2023-24

July 1, 2023 - June 30, 2024

Complete una solicitud por hogar. Para obtener más información, consulte las instrucciones adjuntas o llame al **410-778-7174**

Paso 1 Haga una lista de todos los niños inscritos. (Si se requieren más espacios para nombres adicionales, adjunte otra hoja de papel)

Nombre y apellidos de TODOS LOS NIÑOS INSCRITOS	Marque <input checked="" type="checkbox"/> todo lo que corresponda						Información de la escuela:	
	Niño de crianza	Sin hogar	Migrante	Fugitivo	Head Start Early Head Start	Even Start	Nombre de la escuela	Grado

Paso 2 ¿Algún miembro del hogar (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: ¿Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal en Efectivo (TCA) o Medicaid?

Compruebe uno: Sí No

Paso 3 Enumere los nombres y los ingresos de TODOS los miembros del hogar.

Haga una lista de TODOS los miembros del hogar (incluido usted mismo), incluso aquellos que no reciben ingresos. Para cada miembro del hogar que recibe ingresos, informe el monto total y la frecuencia de cada fuente solo en dólares enteros. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba "0" o deje cualquier campo en blanco que esté certificando (prometiendo) que no hay ingresos para informar.

Con qué frecuencia = semanal, quincenal, dos veces al mes, mensual o anual

Nombre y apellidos de TODOS los miembros del hogar	Ingresos del trabajo		Child Support, Alimony, Public Assistance		Pensions, Retirement, Other Income	
	Renta	Con qué frecuencia	Renta	Con qué frecuencia	Renta	Con qué frecuencia

Total de miembros del hogar (niños y adultos):

Paso 4 Información de contacto y firma de un adulto:

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos se reportan.

Teléfono:	Nombre impreso:
Dirección:	Firma
Ciudad, Estado y Código Postal:	Fecha

Paso 5 OPCIONAL: Identidades raciales y étnicas de los niños

Estamos obligados a solicitar información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y ayuda a asegurarnos de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad.

Origen étnico (Compruebe uno):

- Hispano o Latino
 No Hispano o Latino

Raza (Marque uno o más):

- Indio americano o nativo de Alaska Negro o afroamericano Blanco
 Asiático Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico

NO RELLENE ESTA SECCIÓN. SOLO PARA USO ESCOLAR

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice a Month x 24, Monthly x 12

Total Income (Children and Adults): \$ _____ Weekly Every 2 Weeks Twice a Month Monthly Yearly

Eligibility: Free Categorically Eligible Reduced Paid

Determining Official's Signature: _____

Date: _____

Registro de examen físico de las escuelas de Maryland

A los padres, madres o tutores:

Para que su hijo/a ingrese por primera vez a una escuela pública de Maryland, se necesita lo siguiente:

- **Un examen físico realizado por un/a médico/a o enfermero/a practicante certificado/a en los nueve meses anteriores a ingresar al sistema escolar público o en los seis meses posteriores al ingreso en el sistema.** Para cumplir este requisito, se debe presentar un formulario de Examen Físico indicado por el Departamento de Educación del Estado de Maryland (Maryland State Department of Education) y por el Departamento de Salud de Maryland (MDH, Maryland Department of Health).
[\(<http://www.dsd.state.md.us/comar/comarhtml/13a/13a.05.05.07.htm>\)](http://www.dsd.state.md.us/comar/comarhtml/13a/13a.05.05.07.htm).
- **Se requiere un certificado de vacunación primaria completo contra ciertas enfermedades transmisibles de la infancia para todos los estudiantes de preescolar hasta el 12vo grado.** Para los estudiantes que se inscriban por primera vez, pueden obtener un Certificado de Vacunación (Formulario del MDH 896) del departamento local de salud o del personal de la escuela. El Certificado de Vacunación, o un formulario de registro de vacunación impreso o generado por computadora, y las vacunas necesarias deben completarse antes de que el/la niño/a asista a la escuela. El formulario 896 del MDH puede encontrarse en
https://health.maryland.gov/phpa/OIDEOR/IMMUN/Shared%20Documents/MDH_896_form.pdf.
- **Se requiere un certificado de análisis de sangre a todos los estudiantes que residan en una zona de riesgo al ingresar por primera vez a preescolar, a jardín y a primer grado.** Debe presentarse un Certificado de Análisis de Plomo en la Sangre (formulario 4620 del MDH) (u otro documento escrito firmado por un profesional de la salud) para cumplir este requisito. El formulario 4620 del MDH puede encontrarse en
https://health.maryland.gov/phpa/OEHFP/EH/Documents/Final_MDHBloodLeadTestingCertificate_4620.pdf?csf=1&e=k6VX0e.

Se permiten exenciones del examen físico, de las vacunas o del análisis de plomo en la sangre si alguno de estos va en contra de las creencias religiosas del estudiante o de su familia. Los estudiantes también podrán eximirse de los requisitos de vacunación si un/a médico/a o enfermero/a o funcionario/a del departamento de salud certifica que existe una razón médica para no recibir las vacunas. El Certificado de Análisis de Plomo en la Sangre debe ser firmado por un profesional de la salud que confirme que se ha completado un cuestionario de valoración de riesgos sobre el riesgo de intoxicación por plomo.

La información de salud en este formulario de Examen Físico estará disponible únicamente para el personal de salud y de educación que tengan un interés educativo legítimo en su hijo/a.

Rellene la Parte I de este formulario de Examen Físico. La Parte II del formulario debe ser rellena por un/a médico/a o enfermero/a o se debe adjuntar una copia del examen físico de su hijo/a al formulario de Examen Físico.

Si su hijo/a necesita que se le administren medicamentos en la escuela, debe hacer que un/a médico/a complete un formulario de Autorización para la Administración de Medicamentos en la Escuela para cada medicamento que necesite. Este formulario puede conseguirse en

<https://marylandpublicschools.org/about/Documents/DSFSS/SSSP/SHS/medforms/medicationform404.pdf>.

Si no tiene acceso a un/a médico/a o enfermero/a o su hijo/a necesita un procedimiento individualizado especial, contáctese con el/la directora/a o con la/el enfermero/a de la escuela de su hijo/a.

Retención de registros – Este formulario de Examen Físico se debe retener en los registros de la escuela hasta que el estudiante tenga 21 años de edad.

FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO: PARTE I – HISTORIAL MÉDICO DEL ESTUDIANTE

Debe ser rellenado por el/la padre, madre o tutor

Nombre completo del estudiante:	Fecha de nacimiento: (Mes/Día/Año)	Sexo (M/F):	Nombre de la escuela:	Grado/curso:
Domicilio (Casa/depto., número, calle, ciudad, Estado, código postal):				Número de teléfono:
Nombre(s) del/de la padre, madre o tutor:				
¿A dónde suele llevar a su hijo/a para recibir los cuidados médicos de rutina?	Nombre del profesional:	Domicilio:		Número de teléfono:
¿Cuándo fue la última vez que a su hijo/a le realizaron un examen físico?	Mes:	Año:		
¿A dónde suele llevar a su hijo/a para que reciba atención odontológica?	Nombre del profesional:	Domicilio:		Número de teléfono:

VALORACIÓN DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Según su leal saber y entender, ¿tiene su hijo/a algún problema como los siguientes? Marque todos los que correspondan

Características de salud	Sí	No	Comentarios:
Alergias (comida, insectos, medicamentos, látex)			
Alergia (estacional)			
Reacciones alérgicas (graves)			
Asma o problemas para respirar			
Problemas emocionales o de comportamiento			
Malformaciones congénitas			
Trastornos hemorrágicos			
Parálisis cerebral			
Problemas odontológicos			
Diabetes			
Problemas auditivos o sordera			
Problemas oculares o de visión			
Lesión en la cabeza			
Problemas cardíacos			
Internación (¿Cuándo? ¿Dónde?)			
Exposición/intoxicación con plomo			
Problemas de aprendizaje/discapacidades			
Límites en la actividad física			
Meningitis			
Nacimiento prematuro			
Problemas de la vejiga			
Problemas en los intestinos			
Problemas de tos			
Convulsiones			
Anemia drepanocítica			
Problemas del habla			
Cirugías			
Otro			
¿Su hijo/a toma alguna medicación?			Nombre(s) del(los) medicamento(s):
¿Su hijo/a necesita algún tratamiento o procedimiento especial (por ejemplo, cateterismo o sondaje)?			Describe el(los) tratamiento(s)/procedimiento(s):
Firma del padre, madre o tutor:			Fecha:

PART II - SCHOOL HEALTH ASSESSMENT
To be completed **ONLY** by Physician/Nurse Practitioner

Student's Name (Last, First, Middle)	Birthdate (Mo. Day Yr.)	Sex (M/F)	Name of School	Grade
--------------------------------------	-------------------------	-----------	----------------	-------

1. Does the child have a diagnosed medical condition?
No Yes _____

2. Does the child have a health condition which may require EMERGENCY ACTION while he/she is at school? (e.g., seizure, insect sting allergy, asthma, bleeding problem, diabetes, heart problem, or other problem) If yes, please DESCRIBE. Additionally, please "work with your school nurse to develop an emergency plan".
No Yes _____

3. Are there any abnormal findings on evaluation for concern?

Evaluation Findings/CONCERNS

Physical Exam	WNL	ABNL	Area of Concern	Health Area of Concern	YES	NO
Head				Attention Deficit/Hyperactivity		
Eyes				Behavior/Adjustment		
ENT				Development		
Dental				Hearing		
Respiratory				Immunodeficiency		
Cardiac				Lead Exposure/Elevated Lead		
GI				Learning Disabilities/Problems		
GU				Mobility		
Musculoskeletal/orthopedic				Nutrition		
Neurological				Physical Illness/Impairment		
Skin				Psychosocial		
Endocrine				Speech/Language		
Psychosocial				Vision		
				Other		

REMARKS: (Please explain any abnormal findings.)

4. **RECORD OF IMMUNIZATIONS** – DHMH 896 is required to be completed by a health care provider or a computer generated immunization record must be provided.

5. Is the child on medication? If yes, indicate medication and diagnosis.
No Yes ~ _____
(A medication administration form must be completed for medication administration in school).

6. Should there be any restriction of physical activity in school? If yes, specify nature and duration of restriction.
No Yes _____

7. Screenings	Results	Date Taken
Tuberculin Test		
Blood Pressure		
Height		
Weight		
BMI %tile		
Lead Test	Optional	

PART II - SCHOOL HEALTH ASSESSMENT - continued

To be completed **ONLY** by Physician/Nurse Practitioner

(Child's Name) _____ has had a complete physical examination and has:

no evident problem that may affect learning or full school participation problems noted above

Additional Comments:

Physician/Nurse Practitioner (Type or Print)	Phone No.	Physician/Nurse Practitioner Signature	Date

MARYLAND DEPARTMENT OF HEALTH IMMUNIZATION CERTIFICATE

CHILD'S NAME _____
 LAST FIRST MI
 SEX: MALE FEMALE BIRTHDATE ____/____/____
 COUNTY _____ SCHOOL _____ GRADE _____

PARENT OR GUARDIAN NAME _____ PHONE NO. _____
 ADDRESS _____ CITY _____ ZIP _____

Dose #	DTP-DTaP-DT Mo/Day/Yr	Polio Mo/Day/Yr	Hib Mo/Day/Yr	Hep B Mo/Day/Yr	PCV Mo/Day/Yr	Rotavirus Mo/Day/Yr	MCV Mo/Day/Yr	HPV Mo/Day/Yr	Hep A Mo/Day/Yr	MMR Mo/Day/Yr	Varicella Mo/Day/Yr	Varicella Disease Mo / Yr	COVID-19 Mo/Day/Yr
1	DOSE #1	DOSE #1	DOSE #1	DOSE #1	DOSE #1	DOSE #1	DOSE #1	DOSE #1	DOSE #1	DOSE #1	DOSE #1		DOSE #1
2	DOSE #2	DOSE #2	DOSE #2	DOSE #2	DOSE #2	DOSE #2	DOSE #2	DOSE #2	DOSE #2	DOSE #2	DOSE #2		DOSE #2
3	DOSE #3	DOSE #3	DOSE #3	DOSE #3	DOSE #3	DOSE #3	DOSE #3	DOSE #3	Td Mo/Day/Yr	Tdap Mo/Day/Yr	MenB Mo/Day/Yr	Other Mo/Day/Yr	
4	DOSE #4	DOSE #4	DOSE #4	DOSE #4									
5	DOSE #5												

To the best of my knowledge, the vaccines listed above were administered as indicated.

Clinic / Office Name
Office Address/ Phone Number

1. _____
 Signature Title Date
 (Medical provider, local health department official, school official, or child care provider only)

2. _____
 Signature Title Date

3. _____
 Signature Title Date

Lines 2 and 3 are for certification of vaccines given after the initial signature.

COMPLETE THE APPROPRIATE SECTION BELOW IF THE CHILD IS EXEMPT FROM VACCINATION ON MEDICAL OR RELIGIOUS GROUNDS. ANY VACCINATION(S) THAT HAVE BEEN RECEIVED SHOULD BE ENTERED ABOVE.

MEDICAL CONTRAINDICATION:

Please check the appropriate box to describe the medical contraindication.

This is a: Permanent condition OR Temporary condition until ____/____/____
 Date

The above child has a valid medical contraindication to being vaccinated at this time. Please indicate which vaccine(s) and the reason for the contraindication, _____

Signed: _____ Date _____
 Medical Provider / LHD Official

RELIGIOUS OBJECTION:

I am the parent/guardian of the child identified above. Because of my bona fide religious beliefs and practices, I object to any vaccine(s) being given to my child. This exemption does not apply during an emergency or epidemic of disease.

Signed: _____ Date: _____

How To Use This Form

The medical provider that gave the vaccinations may record the dates (using month/day/year) directly on this form (check marks are not acceptable) and certify them by signing the signature section. Combination vaccines should be listed individually, by each component of the vaccine. A different medical provider, local health department official, school official, or child care provider may transcribe onto this form and certify vaccination dates from any other record which has the authentication of a medical provider, health department, school, or child care service.

Only a medical provider, local health department official, school official, or child care provider may sign ‘Record of Immunization’ section of this form. This form may not be altered, changed, or modified in any way.

Notes:

1. When immunization records have been lost or destroyed, vaccination dates may be reconstructed for all vaccines except **varicella, measles, mumps, or rubella**.
2. Reconstructed dates for all vaccines must be reviewed and approved by a medical provider or local health department no later than 20 calendar days following the date the student was temporarily admitted or retained.
3. Blood test results are NOT acceptable evidence of immunity against diphtheria, tetanus, or pertussis (DTP/DTaP/Tdap/DT/Td).
4. Blood test verification of immunity is acceptable in lieu of polio, measles, mumps, rubella, hepatitis B, or varicella vaccination dates, but **revaccination may be more expedient**.
5. History of disease is NOT acceptable in lieu of any of the required immunizations, except varicella.

Immunization Requirements

The following excerpt from the MDH Code of Maryland Regulations (COMAR) 10.06.04.03 applies to schools:

“A preschool or school principal or other person in charge of a preschool or school, public or private, may not knowingly admit a student to or retain a student in a:

- (1) Preschool program unless the student's parent or guardian has furnished evidence of age appropriate immunity against Haemophilus influenzae, type b, and pneumococcal disease;
- (2) Preschool program or kindergarten through the second grade of school unless the student's parent or guardian has furnished evidence of age-appropriate immunity against pertussis; and
- (3) Preschool program or kindergarten through the 12th grade unless the student's parent or guardian has furnished evidence of age-appropriate immunity against: (a) Tetanus; (b) Diphtheria; (c) Poliomyelitis; (d) Measles (rubeola); (e) Mumps; (f) Rubella; (g) Hepatitis B; (h) Varicella; (i) Meningitis; and (j) Tetanus-diphtheria-acellular pertussis acquired through a Tetanus-diphtheria-acellular pertussis (Tdap) vaccine.”

Please refer to the “**Minimum Vaccine Requirements for Children Enrolled in Pre-school Programs and in Schools**” to determine age-appropriate immunity for preschool through grade 12 enrollees. The minimum vaccine requirements and MDH COMAR 10.06.04.03 are available at www.health.maryland.gov. (Choose Immunization in the A-Z Index)

Age-appropriate immunization requirements for licensed childcare centers and family day care homes are based on the Department of Human Resources COMAR 13A.15.03.02 and COMAR 13A.16.03.04 G & H and the “**Age-Appropriate Immunizations Requirements for Children Enrolled in Child Care Programs**” guideline chart are available at www.health.maryland.gov. (Choose Immunization in the A-Z Index)



MARYLAND STATE SCHOOL MEDICATION ADMINISTRATION AUTHORIZATION FORM



This order is valid only for school year (current) _____ including the summer session.

School: _____

This form must be completed fully in order for schools to administer the required medication. A new medication administration form must be completed at the beginning of each school year, for each medication, and each time there is a change in dosage or time of administration of a medication.

- * Prescription medication must be in a container labeled by the pharmacist or prescriber.
* Non-prescription medication must be in the original container with the label intact.
* An adult must bring the medication to the school.
* The school nurse (RN) will call the prescriber, as allowed by HIPAA, if a question arises about the child and/or the child's medication.

Prescriber's Authorization

Name of Student: _____ Date of Birth: _____ Grade: _____

Condition for which medication is being administered: _____

Medication Name: _____ Dose: _____ Route: _____

Time/frequency of administration: _____ If PRN, frequency: _____

If PRN, for what symptoms: _____

Relevant side effects: [] None expected [] Specify: _____

Medication shall be administered from: _____ to _____
Month / Day / Year Month / Day / Year

Prescriber's Name/Title: _____

(Type or print)

Telephone: _____ FAX: _____

Address: _____

Prescriber's Signature: _____ Date: _____

(Original signature or signature stamp ONLY)



(Use for Prescriber's Address Stamp)

A verbal order was taken by the school RN (Name): _____ for the above medication on (Date): _____

PARENT/GUARDIAN AUTHORIZATION

I/We request designated school personnel to administer the medication as prescribed by the above prescriber. I/We certify that I/we have legal authority to consent to medical treatment for the student named above, including the administration of medication at school. I/We understand that at the end of the school year, an adult must pick up the medication, otherwise it will be discarded. I/We authorize the school nurse to communicate with the health care provider as allowed by HIPAA.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Home Phone #: _____ Cell Phone #: _____ Work Phone #: _____

SELF CARRY/SELF ADMINISTRATION OF EMERGENCY MEDICATION AUTHORIZATION/APPROVAL

Self carry/self administration of emergency medication may be authorized by the prescriber and must be approved by the school nurse according to the State medication policy.

Prescriber's authorization for self carry/self administration of emergency medication: _____

Signature

Date

School RN approval for self carry/self administration of emergency medication: _____

Signature

Date

Order reviewed by the school RN: _____

Signature

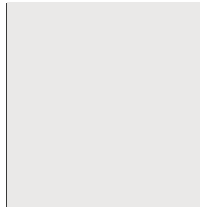
Date



Safe at School®

Diabetes Medical Management Plan

SCHOOL YEAR:



(Add student photo here.)

STUDENT LAST NAME: FIRST NAME: DOB:

TABLE OF CONTENTS		
PARENT/GUARDIAN SECTIONS	PAGE	SECTION
Demographics	1	1
Supplies/Disaster Plan/Field	1	2
Trips Self-Management Skills	2	3
Student Recognition of Highs/Lows	2	4
Glucose Monitoring at School	2	5
Parent Approval Signature	6	9
DIABETES PROVIDER SECTIONS	PAGE	SECTION
Insulin Doses at School	3	6
Dosing Table (Single Page Update)	4	6A
Correction Sliding Scale	4	6B
Long Acting Insulin Other Medications	4	6C
Other Medications	4	6D
Low Glucose Prevention	5	7
Low Glucose Management	5	8
High Glucose Management	6	9
Approval Signatures	6	9

PARENTS/GUARDIANS: Please complete pages 1 and 2 of this form and approve the final plan on page 6.

1. DEMOGRAPHIC INFORMATION – PARENT/GUARDIAN TO COMPLETE

Student First Name: Last Name: DOB: Student's Cell #: Diabetes Type: Date Diagnosed: Month: Year:

School Name: School Phone #: School Fax #: Grade:

Home Room: School Point of Contact: Contact Phone #:

STUDENT'S SCHEDULE Arrival Time: Dismissal Time:

Travels to school by (check all that apply):	Meals Times:	Physical Activity:	Travels to:
Foot/Bicycle	Breakfast	Gym	Home After School Program
Car	AM Snack	Recess	Via: Foot/Bicycle
Bus	Lunch	Sports	Car
Attends Before School Program	PM Snack	Additional information:	Student Driver
	Pre Dismissal Snack		Bus

Parent/Guardian #1 (contact first): Relationship: Parent/Guardian #2: Relationship:

Cell #: Home #: Work #: Cell #: Home #: Work #:

E-mail Address: E-mail Address:

Indicate preferred contact method: Indicate preferred contact method:

2. NECESSARY SUPPLIES / DISASTER PLANNING / EXTENDED FIELD TRIPS

1. A 3-day minimum of the following Diabetes Management Supplies should be provided by the parent/guardian and accessible for the care of the student at all times.

- Insulin
- Syringe/Pen Needles
- Ketone Strips
- Treatment for lows and snacks
- Glucagon
- Antiseptic Wipes
- Blood Glucose (BG)
- Meter with (test strips, lancets, extra battery) – required for all Continuous Glucose Monitor (CGM) users
- Pump Supplies (Infusion Set,
- Cartridge, extra Battery/Charging Cord) if applicable
- Additional supplies:

2. View Disaster/Emergency Planning details – refer to Safe at School Guide

3. Please review expiration dates and quantities monthly and replace items prior to expiration dates

4. In the event of a disaster or extended field trip, a school nurse or other designated personnel will take student's diabetes supplies and medications to student's location.

Name of Health Care Provider/Clinic: Contact #: Fax #: Email Address (non-essential communication): Other:

STUDENT LAST NAME:

FIRST NAME:

DOB:

3. SELF-MANAGEMENT SKILLS (DEFINITIONS BELOW)

		Full Support	Supervision	Self-Care
Glucose Monitoring:	Meter CGM (Requires Calibration)			
Carbohydrate Counting				
Insulin Administration:	Syringe Pen Pump			
Can Calculate Insulin Doses				
Glucose Management:	Low Glucose High Glucose			
Self-Carry Diabetes Supplies:	Yes No Please specify items:			
Smart Phone:	Yes No			
Device Independence:	CGM Interpretation & Alarm Management Sensor Insertion Calibration Insulin Pumps Bolus Connects/Disconnects Temp Basal Adjustment Interpretation & Alarm Management Site Insertion Cartridge Change			

Full Support: All care performed by school nurse and trained staff (as permitted by state law).
Supervision: Trained staff to assist & supervise. Guide & encourage independence.
Self-Care: Manages diabetes independently. Support is provided upon request and as needed.

4. STUDENT RECOGNITION OF HIGH OR LOW GLUCOSE SYMPTOMS (CHECK ALL THAT APPLY)

Symptoms of High:

Thirsty Frequent Urination Fatigued/Tired/Drowsy Headache Blurred Vision Warm/Dry/Flushed Skin
Abdominal Discomfort Nausea/Vomiting Fruity Breath Unaware Other:

Symptoms of Low:

None Hungry Shaky Pale Sweaty Tired/Sleepy Tearful/Crying Dizzy Irritable
Unable to Concentrate Confusion Personality Changes Other:

Has student lost consciousness, experienced a seizure or required Glucagon: Yes No If yes, date of last event:

Has student been admitted for DKA after diagnosis: Yes No If yes, date of last event:

5. GLUCOSE MONITORING AT SCHOOL

Monitor Glucose:

Before Meals With Physical Complaints/Illness (include ketone testing) High or Low Glucose Symptoms
Before Exams Before Physical Activity After Physical Activity Before Leaving School Other:

CONTINUOUS GLUCOSE MONITORING (CGM)

(Specify Brand & Model:

Specify Viewing Equipment: Device Reader Smart Phone
Insulin Pump Smart Watch iPod/iPad/Tablet

CGM is remotely monitored by parent/guardian.
Document individualized communication plan in Section 504 or other plan to minimize interruptions for the student.
May use CGM for monitoring/treatment/insulin dosing unless symptoms do not match reading.



CGM Alarms:

Low alarm mg/dL
High alarm mg/dL if applicable

Please:

- Permit student access to viewing device at all times
- Permit access to School Wi-Fi for sensor data collection and data sharing
- Do not discard transmitter if sensor falls

Perform finger stick if:

- Glucose reading is below mg/dL or above mg/dL
- If CGM is still reading below mg/dL (DEFAULT 70 mg/dL) 15 minutes following low treatment
- CGM sensor is dislodged or sensor reading is unavailable.  (see CGM addenda for more information) 
- Sensor readings are inconsistent or in the presence of alerts/alarms
- Dexcom does not have both a number and arrow present
- Libre displays Check Blood Glucose Symbol
- Using Medtronic system with Guardian sensor

Notify parent/guardian if glucose is:

below mg/dL (<55 mg/dL DEFAULT)
above mg/dL (>300 mg/d DEFAULT)

Section 1-5 completed by Parent/Guardian

Name of Health Care Provider/Clinic:

Contact #:

Fax #:

Email Address (non-essential communication):

Other:

STUDENT LAST NAME:

FIRST NAME:

DOB:

6. INSULIN DOSES AT SCHOOL - HEALTHCARE PROVIDER TO COMPLETE

Insulin Administered Via:

Syringe	Insulin Pen (Whole Units	Half Units)	Insulin Pump (Specify Brand & Model: _____)
i-Port	Smart Pen			Insulin Pump is using Automated Insulin Delivery (automatic dosing) using an FDA-approved device
Other				Insulin Pump is using DIY Looping Technology (child/parent manages device independently, nurse will assist with all other diabetes management)

DOSING to be determined by Bolus Calculator in insulin pump or smart pen/meter unless moderate or large ketones are present or in the event of device failure (provide insulin via injection using dosing table in section 6A).

Insulin Administration Guidelines

Insulin Delivery Timing: Pre-meal insulin delivery is important in maintaining good glucose control. Late or partial doses are used with students that demonstrate unpredictable eating patterns or refuse food. Provide substitution carbohydrates when student does not complete their meal.

Prior to Meal (DEFAULT)

After Meal as soon as possible and within 30 minutes

Snacking avoid snacking _____ hours (DEFAULT 2 hours) before and after meals

Partial Dose Prior to Meal: (preferred for unpredictable eating patterns using **insulin pump therapy**)

Calculate meal dose using _____ grams of carbohydrate prior to the meal
 Follow meal with remainder of grams of carbohydrates (may not be necessary with advanced hybrid pump therapy)
 May advance to Prior to Meal when student demonstrates consistent eating patterns.

For Injections, Calculate Insulin Dose To The Nearest:

Half Unit (round down for < 0.25 or < 0.75 and round up for ≥ 0.25 or ≥ 0.75)

Whole Unit (round down for < 0.5 and round up for ≥ 0.5)

Supplemental Insulin Orders:

Check for **KETONES** before administering insulin dose if BG > _____ mg/dL (DEFAULT >300 mg/dL or >250 mg/dL on insulin pump) or if student complains of physical symptoms. Refer to section 9. for high blood glucose management information.

Parents/guardians are authorized to adjust insulin dose +/- _____ units

Insulin dose +/- _____ units

Insulin dose +/- _____ %

Insulin to Carb Ratio +/- _____ grams/units

Insulin Factor +/- _____ mg/dL/unit

Additional guidance on parent adjustments:

Name of Health Care Provider/Clinic:

Contact #:

Fax #:

Email Address (non-essential communication):

Other:

STUDENT LAST NAME:

FIRST NAME:

DOB:

6A. DOSING TABLE – HEALTHCARE PROVIDER TO COMPLETE – SINGLE PAGE UPDATE ORDER FORM

Insulin: (administered for food and/or correction)

Rapid Acting Insulin: Humalog/Admelog (Lispro), Novolog (Aspart), Apidra (Glulisine) Other:

Ultra Rapid Acting Insulin: Fiasp (Aspart) Lyumjev (Lispro-aabc) Other:

Other insulin: Humulin R Novolin R

Meal & Times	Food Dose		Glucose Correction Dose Use Formula See Sliding Scale 6B		PE/Activity Day Dose	
	Select if dosing is required for meal	Carbohydrate Ratio: Total Grams of Carbohydrate divided by Carbohydrate Ratio = Carbohydrate Dose	Fixed Meal Dose	Formula: (Pre-Meal Glucose Reading minus Target Glucose) divided by Correction Factor = Correction Dose May give Correction dose every _____ hours as needed (DEFAULT 3 hours)		Adjust: Carbohydrate Dose Total Dose Indicate dose instructions below:
Breakfast	Breakfast Carb Ratio = _____ g/unit	Breakfast units	Target Glucose is: _____ mg/dL & Correction Factor is: _____ mg/dL/unit	Carb Ratio _____ g/unit Subtract _____ % Subtract _____ units		
AM Snack	AM Snack Carb Ratio = _____ g/unit	AM Snack units	Target Glucose is: _____ mg/dL & Correction Factor is: _____ mg/dL/unit	Carb Ratio _____ g/unit Subtract _____ % Subtract _____ units		
	No Carb Dose	No Insulin if < _____ grams	No Correction dose		Subtract _____ units	
Lunch	Lunch Carb Ratio = _____ g/unit	Lunch units	Target Glucose is: _____ mg/dL & Correction Factor is: _____ mg/dL/unit	Carb Ratio _____ g/unit Subtract _____ % Subtract _____ units		
PM Snack	PM Snack Carb Ratio = _____ g/unit	PM Snack units	Target Glucose is: _____ mg/dL & Correction Factor is: _____ mg/dL/unit	Carb Ratio _____ g/unit Subtract _____ % Subtract _____ units		
	No Carb Dose	No Insulin if < _____ grams	No Correction dose		Subtract _____ units	
Dinner	Dinner Carb Ratio = _____ g/unit	Dinner units	Target Glucose is: _____ mg/dL & Correction Factor is: _____ mg/dL/unit	Carb Ratio _____ g/unit Subtract _____ % Subtract _____ units		
			No Correction dose		Subtract _____ units	

6B. CORRECTION SLIDING SCALE

Meals Only	Meals and Snacks	Every	hours as needed						
to	mg/dL =	units	to	mg/dL =	units	to	mg/dL =	units	
to	mg/dL =	units	to	mg/dL =	units	to	mg/dL =	units	
to	mg/dL =	units	to	mg/dL =	units	to	mg/dL =	units	

6C. LONG ACTING INSULIN

Time	Lantus, Basaglar, Toujeo (Glargine) Levemir (Detemir) Tresiba (Degludec) Other	units	Daily Dose Overnight Field Trip Dose Disaster/Emergency Dose	Subcutaneously
------	---	-------	--	----------------

6D. OTHER MEDICATIONS

Time	Metformin Other	units	Daily Dose Overnight Field Trip Dose Disaster/Emergency Dose	Route
------	--------------------	-------	--	-------

Signature is required here if sending ONLY this one-page dosing update.

Diabetes Provider Signature:

Date:

Name of Health Care Provider/Clinic:

Contact #:

Fax #:

Email Address (non-essential communication):

Other:

STUDENT LAST NAME:

FIRST NAME:

DOB:

7. LOW GLUCOSE PREVENTION (HYPOGLYCEMIA)

Allow Early Interventions

Allow Mini-Dosing of carbohydrate (i.e., 1-2 glucose tablets) when low glucose is predicted, sensor readings are dropping (down arrow) at mg/dL (DEFAULT 80 mg/dL or 120 mg/dL prior to exercise) or with symptoms.

Allow student to carry and consume snacks School staff to administer

Allow Trained Staff/Parent/Guardian to adjust mini dosing and snacking amounts (DEFAULT)

Insulin Management (Insulin Pumps)

Temporary Basal Rate Initiate pre-programmed rate as indicated below to avoid or treat hypoglycemia.

Pre-programmed Temporary Basal Rate Named (Omnipod)

Temp Target (Medtronic) Exercise Activity Setting (Tandem) Activity Feature (Omnipod 5)

Start: minutes prior to exercise for minutes duration (DEFAULT 1 hour prior, during, and 2 hours following exercise).

Initiated by: Student Trained School Staff School Nurse

May disconnect and suspend insulin pump up to minutes (DEFAULT 60 minutes) to avoid hypoglycemia, personal injury with certain physical activities or damage to the device (keep in a cool and clean location away from direct sunlight).

Exercise (Exercise is a very important part of diabetes management and should always be encouraged and facilitated).

Exercise Glucose Monitoring

prior to exercise every 30 minutes during extended exercise following exercise with symptoms

Delay exercise if glucose is < mg/dL (120 mg/dL DEFAULT)

Pre-Exercise Routine

Fixed Snack: Provide grams of carbohydrate prior to physical activity if glucose < mg/dL

Added Carbs: If glucose is < mg/dL (120 DEFAULT) give grams of carbohydrates (15 DEFAULT)

TEMPORARY BASAL RATE as indicated above

Encourage and provide access to water for hydration, carbohydrates to treat/prevent hypoglycemia, and bathroom privileges during physical activity

8. LOW GLUCOSE MANAGEMENT (HYPOGLYCEMIA)

Low Glucose below mg/dL (below 70 mg/dL DEFAULT) or below mg/dL before/during exercise (DEFAULT is < 120 mg/dl).

1. If student is awake and able to swallow give grams of fast acting carbohydrate (DEFAULT 15 grams). Examples include 4 ounces of juice or regular soda, 4 glucose tabs, 1 small tube glucose gel.

School nurse/parent may change amount given

2. Check blood glucose every 15 minutes and re-treat until glucose > mg/dL (DEFAULT is 80 mg/dL or 120 mg/dL before exercise).

SEVERE LOW GLUCOSE (unconscious, seizure, or unable to swallow)

Administer Glucagon, position student on their side and monitor for vomiting, call 911 and notify parent/guardian. If BG meter is available, confirm hypoglycemia via BG fingerstick. Do not delay treatment if meter is not immediately available. If wearing an insulin pump, place pump in suspend/stop mode or disconnect tubing from infusion site. Keep pump with student.

Glucagon Emergency Kit by IM injection Gvoke by SC injection Auto-Injection, Gvoke HypoPen

Dose: 0.5 mg or 1.0 mg

Zegalogue (dasiglucagon) 0.6 mg SC by Auto-Injector Zegalogue (dasiglucagon) 0.6 mg SC by Pre-Filled Syringe

Baqsimi Nasal Glucagon 3 mg

Name of Health Care Provider/Clinic:

Contact #:

Fax #:

Email Address (non-essential communication):

Other:

STUDENT LAST NAME:

FIRST NAME:

DOB:

9. HIGH GLUCOSE MANAGEMENT (HYPERGLYCEMIA)

Management of High Glucose over _____ mg/dL (Default is 300 mg/dL OR 250 mg/dl if on an insulin pump).

1. Provide and encourage consumption of water or sugar-free fluids. Give 4-8 ounces of water every 30 minutes. May consume fluids in classroom. Allow frequent bathroom privileges.
2. Check for Ketones (before giving insulin correction)
 - a. If Trace or Small Urine Ketones (0.1 – 0.5 mmol/L if measured in blood)
 - Consider insulin correction dose. Refer to the “Correction Dose” Section 6.A-B. for designated times correction insulin may be given.
 - *Can return to class and PE unless symptomatic*
 - Recheck glucose and ketones in 2 hours
 - b. If Moderate or Large Urine Ketones (0.6 – 1.4 mmol/L or >1.5 mmol/L blood ketones). This may be serious and requires action.
 - Contact parents/guardian or, if unavailable, healthcare provider
 - **Administer correction dose via injection.** If using Automated Insulin Delivery contact parent/provider about turning off automatic pump features. Refer to the “Blood Glucose Correction Dose” Section 6.A-B
 - If using insulin pump change infusion site/cartridge or use injections until dismissal.
 - No physical activity until ketones have cleared
 - Report nausea, vomiting, and abdominal pain to parent/guardian to take student home.
 - Call 911 if changes in mental status and labored breathing are present and notify parents/guardians.

Send student’s diabetes log to Health Care Provider (include details): If pre-meal blood glucose is below 70 mg/dL or above 240 mg/dL more than 3 times per week or you have any other concerns.

SIGNATURES

This Diabetes Medical Management Plan has been approved by:

Student’s Physician/Health Care Provider: _____ Date: _____

I, (parent/guardian) _____ give permission to the school nurse or another qualified health care professional or trained diabetes personnel of (school) _____ to perform and carry out the diabetes care tasks as outlined in this Diabetes Medical Management Plan. I also consent to the release of the information contained in this Diabetes Medical Management Plan to all school staff members and other adults who have responsibility for my child and who may need to know this information to maintain my child’s health and safety. I also give permission to the school nurse or another qualified health care professional to collaborate with my child’s physician/health care provider.

Acknowledged and received by:

Student’s Parent/Guardian: _____ Date: _____

Acknowledged and received by:

School Nurse or Designee: _____ Date: _____