

This **MEDICAL HISTORY FORM** must be completed **annually** by parent (or guardian) and student in order for the student to participate in athletic activities. These questions are designed to determine if the student has developed any condition which would make it hazardous to participate in an athletic event.

Student's Name: (print) _____ Sex _____ Age _____ Date of Birth _____
 Address _____ Phone _____
 Grade _____ School _____
 Personal Physician _____ Phone _____
In case of emergency, contact:
 Name _____ Relationship _____ Phone (H) _____ (W) _____

Explain "Yes" answers in the box below**. Circle questions you don't know the answers to.

	Yes	No		Yes	No
1. Have you had a medical illness or injury since your last check up or sports physical?	☐	☐	13. Have you ever gotten unexpectedly short of breath with exercise?	☐	☐
2. Have you been hospitalized overnight in the past year?	☐	☐	Do you have asthma?	☐	☐
Have you ever had surgery?	☐	☐	Do you have seasonal allergies that require medical treatment?	☐	☐
3. Have you ever had prior testing for the heart ordered by a physician?	☐	☐	14. Do you use any special protective or corrective equipment or devices that aren't usually used for your sport or position (for example, knee brace, special neck roll, foot orthotics, retainer on your teeth, hearing aid)?	☐	☐
Have you ever passed out during or after exercise?	☐	☐			
Have you ever had chest pain during or after exercise?	☐	☐	15. Have you ever had a sprain, strain, or swelling after injury?	☐	☐
Do you get tired more quickly than your friends do during exercise?	☐	☐	Have you broken or fractured any bones or dislocated any joints?	☐	☐
Have you ever had racing of your heart or skipped heartbeats?	☐	☐	Have you had any other problems with pain or swelling in muscles, tendons, bones, or joints?	☐	☐
Have you had high blood pressure or high cholesterol?	☐	☐	If yes, check appropriate box and explain below:		
Have you ever been told you have a heart murmur?	☐	☐	☐ Head ☐ Elbow ☐ Hip		
Has any family member or relative died of heart problems or of sudden unexpected death before age 50?	☐	☐	☐ Neck ☐ Forearm ☐ Thigh		
Has any family member been diagnosed with enlarged heart, (dilated cardiomyopathy), hypertrophic cardiomyopathy, long QT syndrome or other ion channelopathy (Brugada syndrome, etc), Marfan's syndrome, or abnormal heart rhythm?	☐	☐	☐ Back ☐ Wrist ☐ Knee		
Have you had a severe viral infection (for example, myocarditis or mononucleosis) within the last month?	☐	☐	☐ Chest ☐ Hand ☐ Shin/Calf		
Has a physician ever denied or restricted your participation in sports for any heart problems?	☐	☐	☐ Shoulder ☐ Finger ☐ Ankle		
			☐ Upper Arm ☐ Foot		
4. Have you ever had a head injury or concussion?	☐	☐	16. Do you want to weight more or less than you do now?	☐	☐
Have you ever been knocked out, become unconscious, or lost your memory?	☐	☐	17. Do you feel stressed out?	☐	☐
If yes, how many times? _____			18. Have you ever been diagnosed with or treated for sickle cell trait or cell disease?	☐	☐
When was your last concussion? _____					
How severe was each one? (Explain below)			<i>Females Only</i>		
Have you ever had a seizure?	☐	☐	19. When was your first menstrual period? _____		
Do you have frequent or severe headaches?	☐	☐	When was your most recent menstrual period? _____		
Have you ever had numbness or tingling in your arms, hands, legs or feet?	☐	☐	How much time do you usually have from the start of one period to the start of another? _____		
Have you ever had a stinger, burner, or pinched nerve?	☐	☐	How many periods have you had in the last year? _____		
5. Are you missing any paired organs?	☐	☐	What was the longest time between periods in the last year? _____		
6. Are you under a doctor's care?	☐	☐	<i>Males Only</i>		
7. Are you currently taking any prescription or non-prescription (over-the-counter) medication or pills or using an inhaler?	☐	☐	20. Do you have two testicles? _____		
8. Do you have any allergies (for example, to pollen, medicine, food, or stinging insects)?	☐	☐	21. Do you have any testicular swelling or masses? _____		
9. Have you ever been dizzy during or after exercise?	☐	☐			
10. Do you have any current skin problems (for example, itching, rashes, acne, warts, fungus, or blisters)?	☐	☐			
11. Have you ever become ill from exercising in the heat?	☐	☐			
12. Have you had any problems with your eyes or vision?	☐	☐			

An individual answering in the affirmative to any question relating to a possible cardiovascular health issue (question three above), as identified on the form, should be restricted from further participation until the individual is examined and cleared by a physician, physician assistant, chiropractor, or nurse practitioner.

****EXPLAIN 'YES' ANSWERS IN THE BOX BELOW (attach another sheet if necessary):**

It is understood that even though protective equipment is worn by the athlete, whenever needed, the possibility of an accident still remains. Neither the University Interscholastic League nor the school assumes any responsibility in case an accident occurs.

If, in the judgment of any representative of the school, the above student should need immediate care and treatment as a result of any injury or sickness, I do hereby request, authorize, and consent to such care and treatment as may be given said student by any physician, athletic trainer, nurse or school representative. I do hereby agree to indemnify and save harmless the school and any school or hospital representative from any claim by any person on account of such care and treatment of said student.

If, between this date and the beginning of athletic competition, any illness or injury should occur that may limit this student's participation, I agree to notify the school authorities of such illness or injury.

I hereby state that, to the best of my knowledge, my answers to the above questions are complete and correct. Failure to provide truthful responses could subject the student in question to penalties determined by the Houston Charter Athletic League

Student Signature: _____ Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Any Yes answer to questions 1, 2, 3, 4, 5, or 6 requires further medical evaluation which may include a physical examination. Written clearance from a physician, physician assistant, chiropractor, or nurse practitioner is required before any participation in HCAL practices, games or matches. **THIS FORM MUST BE ON FILE PRIOR TO PARTICIPATION IN ANY PRACTICE, SCRIMMAGE OR CONTEST BEFORE, DURING OR AFTER SCHOOL.**

For School Use Only:
 This Medical History Form was reviewed by: Printed Name _____ Date _____ Signature _____

PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION -- PHYSICAL EXAMINATION

Student's Name _____ Sex _____ Age _____ Date of Birth _____

Height _____ Weight _____ % Body fat (optional) _____ Pulse _____ BP ____/____ (____/____, ____/____)
brachial blood pressure while sitting

Vision: R 20/____ L 20/____

Corrected: ☐ Y ☐ NPupils: ☐ Equal ☐ Unequal

As a minimum requirement, this **Physical Examination Form** must be completed prior to junior high athletic participation and again prior to first and third years of high school athletic participation. It **must** be completed if there are yes answers to specific questions on the student's MEDICAL HISTORY FORM on the reverse side. * **Local district policy may require an annual physical exam.**

	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS	INITIALS*
MEDICAL			
Appearance			
Eyes/Ears/Nose/Throat			
Lymph Nodes			
Heart-Auscultation of the heart in the supine position.			
Heart-Auscultation of the heart in the standing position.			
Heart-Lower extremity pulses			
Pulses			
Lungs			
Abdomen			
Genitalia (males only)			
Skin			
Marfan's stigmata (arachnodactyly, pectus excavatum, joint hypermobility, scoliosis)			
MUSCULOSKELETAL			
Neck			
Back			
Shoulder/Arm			
Elbow/Forearm			
Wrist/Hand			
Hip/Thigh			
Knee			
Leg/Ankle			
Foot			

*station-based examination only

CLEARANCE☐ Cleared☐ Cleared after completing evaluation/rehabilitation for: _____☐ Not cleared for: _____ Reason: _____

Recommendations: _____

The following information must be filled in and signed by either a Physician, a Physician Assistant licensed by a State Board of Physician Assistant Examiners, a Registered Nurse recognized as an Advanced Practice Nurse by the Board of Nurse Examiners, or a Doctor of Chiropractic. Examination forms signed by any other health care practitioner, will not be accepted.

Name (print/type) _____ Date of Examination: _____

Address: _____

Phone Number: _____

Signature: _____

Must be completed before a student participates in any practice, before, during or after school, (both in-season and out-of-season) or games/matches.

EVALUACIÓN FÍSICA DE PRE-PARTICIPACIÓN – EXPEDIENTE MÉDICO

REVISED 1-6-09

Este FORMULARIO DEL EXPEDIENTE MÉDICO debe completarse cada año por los padres (o tutores) y el estudiante para que el estudiante pueda participar en actividades deportivas. Estas preguntas están diseñadas para determinar si el estudiante ha desarrollado alguna condición potencialmente peligrosa para participar en un evento atlético.

Nombre del estudiante: (anote) _____ Sexo _____ Edad _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ Teléfono _____

Grado _____ Escuela _____

Médico personal _____ Teléfono _____

En caso de emergencia llamar:

Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono(C) _____ (T) _____

Explique las respuestas "Sí" en el cuadro de abajo. ** Circule las preguntas donde no sepa las respuestas. Cualquier respuesta afirmativa a las preguntas 1, 2, 3, 4, 5 ó 6 requiere más evaluaciones médicas inclusive un examen físico. Se requiere la autorización por escrito de un médico, asistente médico, quiropráctico o enfermera antes de cualquier participación en las prácticas de los juegos o partidos UIL.

	Sí	No		Sí	No
1. ¿Has tenido una enfermedad o lesión desde tu último chequeo o examen físico para deportes?	☐	☐	13. ¿Alguna vez te ha faltado inesperadamente el aire al hacer ejercicio?	☐	☐
2. ¿Has pasado una noche hospitalizado durante el último año?	☐	☐	¿Tienes asma?	☐	☐
¿Alguna vez has tenido una cirugía?	☐	☐	¿Tienes alergias estacionales que requieran tratamiento médico?	☐	☐
3. ¿Alguna vez te has desmayado durante o después del ejercicio?	☐	☐	14. ¿Utilizas algún equipo de protección especial o correctiva o dispositivos que no se utilizan generalmente para la práctica deportiva o la posición (por ejemplo, rodillera, protector especial para el cuello, plantillas, protector de dientes, aparato auditivo)?	☐	☐
¿Has tenido dolor en el pecho durante o después del ejercicio?	☐	☐			
¿Te cansas más rápido que tus amigos al hacer ejercicio?	☐	☐	15. ¿Alguna vez has tenido un esguince, torcedura o hinchazón después de una lesión?	☐	☐
¿Alguna vez sientes acelerado el corazón, o te saltan los latidos del corazón?	☐	☐	¿Te has roto o fracturado algún hueso o dislocado alguna articulación?	☐	☐
¿Has tenido la presión arterial alta o colesterol alto?	☐	☐	¿Has tenido algún otro problema con dolor o hinchazón en músculos, tendones, huesos o articulaciones?	☐	☐
¿Alguna vez te han dicho que tienes un soplo cardíaco?	☐	☐			
¿Algún familiar o pariente murió de problemas cardíacos o de muerte súbita antes de los 50 años?	☐	☐	☐ Cabeza	☐ Codo	☐ Cadera
¿Algún miembro de tu familia ha sido diagnosticados con agrandamiento del corazón, (cardiomiocardiopatía dilatada), cardiomiocardiopatía hipertrófica, mayor síndrome de QT largo u otra enfermedad de los canales iónicos (el síndrome Brugada, etc), el síndrome de Marfan, o ritmo cardíaco anormal?	☐	☐	☐ Cuello	☐ Antebrazo	☐ Muslo
¿Has tenido una infección viral severa (por ejemplo miocarditis o mononucleosis) durante el último mes?	☐	☐	☐ Espalda	☐ Muñeca	☐ Rodilla
¿Alguna vez tu médico te ha negado o restringido tu participación en deportes por problemas del corazón?	☐	☐	☐ Pecho	☐ Mano	☐ Espinilla/Pantorrilla
4. ¿Has tenido una lesión en la cabeza o conmoción cerebral?	☐	☐	☐ Hombro	☐ Dedo	☐ Tobillo
¿Alguna vez te han noqueado, perdiste el conocimiento o la memoria?	☐	☐	☐ Brazo superior	☐ Pie	
En caso afirmativo, ¿cuántas veces? _____			16. ¿Quieres pesar más o menos de lo que pesas ahora?	☐	☐
¿Cuándo fue la última conmoción? _____			¿Pierdes peso regularmente para cumplir con los requisitos de tu deporte?	☐	☐
¿Qué tan severa fue cada lesión? (Explicar abajo)			17. ¿Te sientes estresado?	☐	☐
¿Alguna vez has tenido una convulsión?	☐	☐	18. ¿Has sido diagnosticado o recibido tratamiento por el rasgo o enfermedad de células falciformes?	☐	☐
¿Tienes fuertes dolores de cabeza frecuentemente?	☐	☐			
¿Alguna vez has tenido entumecimiento u hormigueo en los brazos, las manos, las piernas o los pies?	☐	☐	19. Solamente mujeres		
¿Alguna vez has tenido un nervio pellizcado, que pica, arde?	☐	☐	¿Cuándo fue tu primer periodo menstrual?	_____	
5. ¿Te falta algún órgano par?	☐	☐	¿Cuándo fue la última fecha de tu periodo menstrual?	_____	
6. ¿Estás bajo el cuidado de un médico?	☐	☐	¿Cuántos días pasan entre el inicio de tu periodo hasta el siguiente?	_____	
7. ¿Estás tomando medicamento con o sin receta, medicamento o píldoras o usas un inhalador?	☐	☐	¿Cuántos periodos tuviste el año pasado?	_____	
8. ¿Padece alergias (por ejemplo: al polen, la medicina, alimentos, o picaduras de insectos)?	☐	☐	¿Cuál fue el tiempo más largo entre tus periodos el año pasado?	_____	
9. ¿Alguna vez te has sentido mareado durante o después del ejercicio?	☐	☐			
10. ¿Tienes algún problema de la piel (por ejemplo, picazón, erupciones cutáneas, acné, verrugas, hongos o ampollas)?	☐	☐	El individuo que responde afirmativamente a todas las preguntas relacionadas con asuntos de salud cardiovasculares (tercera pregunta) debe tener restricciones en su participación deportiva hasta que el individuo sea examinado y autorizado por un médico, asistente médico, quiropráctico o enfermera.		
11. ¿Alguna vez has enfermado por hacer ejercicio cuando hace calor?	☐	☐	** EXPLICAR respuestas afirmativas En el siguiente cuadro (adjuntar otra hoja si es necesario):		
12. ¿Has tenido algún problema con tus ojos o visión?	☐	☐			

Se entiende que aunque el atleta use equipo de protección cuando sea necesario, siempre existe la posibilidad de un accidente. La Liga-interescolar universitaria ni la escuela, asumen ninguna responsabilidad en caso de que ocurra un accidente.

Si a juicio de cualquier representante de la escuela, el estudiante necesita atención inmediata y tratamiento como consecuencia de una lesión o enfermedad, por medio de la presente solicito, autorizo y doy mi consentimiento para su atención y tratamientos para dicho estudiante por cualquier médico, entrenador, enfermera o representante de la escuela. Me comprometo a indemnizar y eximir de responsabilidad a la escuela y al representante de la escuela o del hospital de cualquier reclamo por cualquier persona por razones de cuidado y tratamiento de dicho estudiante.

Si entre esta fecha y el comienzo de la competencia atlética, ocurre una enfermedad o lesión que pueda limitar la participación del estudiante, estoy de acuerdo en notificar a la escuela o autoridad sobre dicha enfermedad o lesión.

Por medio de la presente declaro que en lo que corresponde a mi conocimiento, mis respuestas están completas y correctas. No responder con la verdad podría implicar para el estudiante, sanciones determinadas por UIL.

Firma del estudiante:

Firma del padre o tutor:

Fecha:

THIS FORM MUST BE ON FILE PRIOR TO PARTICIPATION IN ANY PRACTICE, SCRIMMAGE OR CONTEST BEFORE, DURING OR AFTER SCHOOL.

For School Use Only:

This Medical History Form was reviewed by: Printed Name _____ Date _____ Signature _____

EVALUACIÓN FÍSICA DE PRE-PARTICIPACIÓN—EXAMEN FÍSICO

Nombre del estudiante: _____ Sexo: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Altura: _____ Peso: _____ % Grasa corporal (opcional) _____ Peso: _____ BP _____/____ (____/____, ____/____)
Presión arterial braquial mientras está sentado

Visión: R 20/____ L 20/____ Corregida: S N Pupilas: Igual Desigual

Como requisito mínimo, este **Formulario de evaluación físico** deberá completarse antes de participar en eventos atléticos de la secundaria y nuevamente antes del primer y tercer año de participación atlética en la preparatoria. Debe **ser** completado y detallar las respuestas afirmativas especificadas en el formulario del historial médico al reverso. ***Las nomas locales del distrito pueden requerir un examen físico anual.**

	NORMAL	ANORMAL	INICIALES*
MÉDICO			
Apariencia			
Ojos/oidos/ Nariz/garganta			
Ganglios linfáticos			
Auscultación del corazón en posición supina.			
Auscultación del corazón en posición de pie.			
Pulsos del corazón en extremidades bajas			
Pulsos			
Pulmones			
Abdomen			
Genitales (solamente hombres)			
Piel			
Estigma de Marfan (aracnodactilia, pectus excavatum, hipermovilidad de las coyunturas, escoliosis)			
APARATO LOCOMOTOR			
Cuello			
Espalda			
Hombro/brazo			
Codo/antebrazo			
Muñeca/mano			
Cadera/muslo			
Rodilla			
Pierna/Tobillo			
Pierna/Tobillo			

* solamente examen de estación

AUTORIZADO

☐ Autorizado
☐ Autorizado después de completar la evaluación o rehabilitación para: _____

☐ No autorizado para: _____ Razón: _____

Recomendaciones _____

The following information must be filled in and signed by either a Physician, a Physician Assistant licensed by a State Board of Physician Assistant Examiners, a Registered Nurse recognized as an Advanced Practice Nurse by the Board of Nurse Examiners, or a Doctor of Chiropractic. Examination forms signed by any other health care practitioner, will not be accepted.

Name (print/type) _____ Date of Examination: _____

Address: _____

Phone Number: _____

Signature: _____

Must be completed before a student participates in any practice, before, during or after school, (both in-season and out-of-season) or games/matches.

The development of this form is credited to the TEA/UIL, but has been edited for HCAL purposes. This form is being utilized because all member schools are governed by the Texas Education Agency.

Parent and Student Agreement/Acknowledgement Form Anabolic Steroid Use and Random Steroid Testing

- Texas state law prohibits possessing, dispensing, delivering or administering a steroid in a manner not allowed by state law.
- Texas state law also provides that body building, muscle enhancement or the increase in muscle bulk or strength through the use of a steroid by a person who is in good health is not a valid medical purpose.
- Texas state law requires that only a licensed practitioner with prescriptive authority may prescribe a steroid for a person.
- Any violation of state law concerning steroids is a criminal offense punishable by confinement in jail or imprisonment in the Texas Department of Criminal Justice.

STUDENT ACKNOWLEDGEMENT AND AGREEMENT

As a prerequisite to participation in HCAL athletic activities, I agree that I will not use anabolic steroids. I have read this form and understand that I may be asked to submit to testing for the presence of anabolic steroids in my body, and I do hereby agree to submit to such testing and analysis by a certified laboratory. I further understand and agree that the results of the steroid testing may be provided to certain individuals in my high school. I understand and agree that the results of steroid testing will be held confidential to the extent required by law. I understand that failure to provide accurate and truthful information could subject me to penalties as determined by HCAL.

Student Name (Print): _____ Grade (9-12) _____

Student Signature: _____ Date: _____

PARENT/GUARDIAN CERTIFICATION AND ACKNOWLEDGEMENT

As a prerequisite to participation by my student in HCAL athletic activities, I certify and acknowledge that I have read this form and understand that my student must refrain from anabolic steroid use and may be asked to submit to testing for the presence of anabolic steroids in his/her body. I do hereby agree to submit my child to such testing and analysis by a certified laboratory. I further understand and agree that the results of the steroid testing may be provided to certain individuals in my student's high school. I understand and agree that the results of steroid testing will be held confidential to the extent required by law. I understand that failure to provide accurate and truthful information could subject my student to penalties as determined by HCAL.

Name (Print): _____

Signature: _____ Date: _____

Relationship to student: _____

School Year (to be completed annually) _____