PLEASANT VALLEY SCHOOL DISTRICT

Health Services

Physical Examination Form for Athletic Sports

Estudiante: _____ Nacimiento: _____ Escuela: _____Grado_____

Padres/Tutores:

Por favor de marcar cualquier de las siguientes condiciones médicas que su hijo(a) tenga, por favor de explicar abajo si alguna de los cajones están marcados y nombré medicamentos. ❑ Asma ❑Diabetes ❑ Epilepsia ❑Severo Alergias ❑Concusiones ❑ Problemas Cardíacos
Explique y/o liste medicamentos: _____
¿Su hijo(a) tiene un Plan de Atención de Emergencia en la escuela? ❑ Si ❑ No

Parent/Guardian Signature

Yo juro que la información proveída en ésta es verdadera en mi conocimiento hasta la de mi firma. Estoy concediendo mi permiso a la enfermera escolar para poderse comunicar con el proveedor de cuidado de salud de mi niño y con el personal y entrenador.

_____ _____
Firma Fesha

Licenses Health Care Provider:

Height:_____ Weight:_____ Pulse:_____ BP:_____

Vision:_____ Corrected (circle) Y / N Pupils Equal: Y / N

Medical	Normal	Abnormal Findings		Normal	Abnormal Findings
General Appearance			Skin		
Eyes/Ears/Nose/Throat			**Musculoskeletal**		
Lymph Nodes			Neck		
Cardiovascular			Back		
Heart Rate			Shoulder/Arm		
Rhythm			Elbow/Forearm		
Murmur			Wrist/Hand/Fingers		
Femoral Pulses			Hip/Thigh		
Lungs			Knee		
Abdomen (Liver, Spleen, Masses)			Leg/Ankle		
Genitourinary (Male Only)			Foot/Toes		

Clearances

- ❑ Cleared for all sports without restrictions
- ❑ Cleared for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment for: _____
- ❑ Not Cleared
  - ❑ Pending further evaluation
  - ❑ For any sports
  - ❑ For certain sports: _____

Recommendations: _____

Health Care Provider Signature

I have examined the above-named student and completed the physical evaluation. The athlete does not present apparent clinical contraindications to practice and participate in the sport(s) as outlines above. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the health care provider may rescind the clearance until the problem is resolved.

Signature of Health Care Provider:_____Date:_____
MD, DO, PA, or NP

For School Use Only

Reviewed by:
❑ School Nurse

_____
Initial Date

Providers Stamp and State License #

PLEASANT VALLEY SCHOOL DISTRICT
Health Services Department

Evento Deportivo/Atlético Voluntario o Informacíon de Consentimiento de Actividad y Liberación de Responsabilidad

Estudiante:	Sexo: M F	Nacimiento:
Padre/Tutor (Letra de molde)	Dirección	
Escuela	Deporte/Actividad	Entrenador/Instructor

Conocimiento y Suposición de Potencial de Riesgo

Yo, autorizo a mi hijo/hija, nombrado en la parte superior, para que participe en el evento/actividad, Yo comprendo y es de mi conocimiento que las actividades deportivas/atléticas por su naturaleza, poseen un potencial de riesgo de lesiones serias y/o enfermedades al estudiante que participa en dichos eventos deportivos/atléticos.

Estos eventos/actividades, por su naturaleza, poseen riesgos inherentes al participante que le puedan causar lesiones serias. Estas lesiones pueden incluir, pero no limitados a lo siguiente:

1. Torcedura y presión
2. Quebradura de huesos
3. Desgarros, abrasiones, y extirpaciones
4. Inconsiencia
5. Paralisis
6. Disfiguración
7. Golpes en la Cabeza
8. Pérdida de la vista
9. Muerte

Yo, comprendo y es de mi conocimiento que la participación en los eventos/actividades deportivos/atléticos son completamente electivos y voluntariamente y no requeridos por el Distrito.

Yo comprendo que todos los participantes deben acatar y aceptar todos los reglamentos y requisitos que gobiernan la conducta y seguridad en el evento/actividad deportiva/atlética. A la extensión permitida por el Código de Educación, cualquier participante que sea determinado estar en violación de los estándares de conducta podrá ser removido de este evento/actividad deportiva/atlética.

Yo, comprendo y es de mi conocimiento que para poder participar en estas actividades, Yo y mi hijo/a acordamos asumir responsabilidad por cualquier riesgo potencial que pueda ser asociado con la participación en las actividades/eventos deportivos/atléticos.

Yo, acuerdo y por este medio libero y declaro a sus oficiales, agentes, empleados y/o voluntarios de cualquier y todo reclamo; demanda; causa de acción legal; responsabilidad; daños; gastos; o pérdida de cualquier clase, incluyendo lesiones corporales o muerte; debido a o causados por actos u omisiones respecto al evento/actividad deportiva/atlética.

Es de mi conocimiento que he leído cuidadosamente este Formulario de Evento Deportivo/Atlético Voluntario o Información de Consentimiento de Actividad y Liberación de Responsabilidad**,** Conocimiento y Suposición de Potencial de Riesgo, y que he comprendido y acordado a todos los artículos y términos incluidos.

_____ _____

Firma (Estudiante) Fecha

_____ _____

Firma (Padres o Tutores Legales) Fecha

_____ _____ _____

Tel. casa Tel. Trabajo Tel. Cell