



July 31, 2023

Preparing
today's students
to be the
thinkers,
leaders,
and creators
of tomorrow.

sjusd.org
408-535-6274
1635 Park Avenue
San José, CA 95126

2023-2024 Hoover Sports Information

Thank you for your interest in signing up for one of our after-school sports teams.

Here is a checklist for the forms contained in this packet...

- Review the **2023-2024 Tentative Start Dates** for all our teams
- Go over the Athlete Rules and Expectations and review your student athlete's grades with them regularly. They must have and maintain a GPA of 2.0 or higher.
- Register with **RegisterMyAthlete.com**. All students who participate need to register; see the instruction sheet.
- Fill out, sign, and take the **Preparticipation Physical Evaluation; History Form** to a Medical Doctor for review.
- Every student athlete must have a current physical which must be signed by a doctor. Please take the History Form and your student and the **Physical Examination Form** to a Medical Doctor for a sports physical. Please return the signed form.
 - Physical Exams will be offered by a doctor on the Hoover campus on Tuesday, August 29, at 3:15pm
- Review, sign, and return the **Student Athlete Rules and Expectations** form.

Please return the requested forms to our Athletic Director, Mr. Galicia, or to Hoover's front office.

We look forward to having your student on one of our teams,

Mario Galicia
Athletic Director
mgalicia@sjusd.org



July 31, 2023

Preparing
today's students
to be the
thinkers,
leaders,
and creators
of tomorrow.

sjusd.org
408-535-6274
1635 Park Avenue
San José, CA 95126

2023-2024 Información de Deportes en Hoover

Gracias por su interés en inscribirse en uno de nuestros equipos deportivos después de la escuela.

Aquí hay una lista de formularios contenidos en este paquete ...

- Revise las fechas de inicio **2023-2024 tentativo de todos nuestros equipos**
- Repase las Reglas y Expectativas del Atleta y revise las calificaciones de su estudiante atleta con ellos con regularidad. Deben tener y mantener un GPA de 2.0 o superior.
- Regístrese en **RegisterMyAthlete.com**. Todos los estudiantes que participan deben registrarse; consulte la hoja de instrucciones.
- Llenar, firmar y realizar la **Evaluación Física de Preparticipación; Formulario de historial** a un médico para su revisión.
- Cada estudiante atleta debe tener un examen físico actual que debe estar firmado por un médico. Lleve el historial de su estudiante y **el formulario de examen físico** a un médico para un examen físico deportivo. Por favor devuelva el formulario firmado.
 - o Un médico ofrecerá exámenes físicos en el campus de Hoover el martes 29 a las 3:15 pm.

Revise, firme y devuelva el formulario de Reglas y expectativas de los estudiantes deportistas.

Devuelva los formularios solicitados a nuestro Director Atlético, el Sr. Galicia, oa la oficina principal de Hoover.

Esperamos tener a su estudiante en uno de nuestros equipos,

Mario Galicia
Athletic Director
mgalicia@sjusd.org



July 31, 2023

Preparing
today's students
to be the
thinkers,
leaders,
and creators
of tomorrow.

2023-2024 – TENTATIVE SPORTS START DATES

* Tryout dates will be shared before the start of the season. There will be tryouts for all sports except Cross Country, Wrestling, and Track & Field, which are open to all students. Other sports may be added.

Cross Country (co-ed): August 22, 2023

Baseball (co-ed): August 22, 2023

Handball (coed): August 22, 2023

Wrestling (co-ed): September 1, 2023

Cheerleading (co-ed): mid-September 15, 2023

Girls' Basketball: October 10, 2023

Boys' Soccer: October 10, 2023

Boys' Basketball: December 5, 2023

Girls' Soccer: December 5, 2023

Volleyball (boys' and girls'): February 13, 2024

Tennis (co-ed): March 12, 2024

Track & Field (co-ed): April 16, 2024



July 31, 2023

Preparing
today's students
to be the
thinkers,
leaders,
and creators
of tomorrow.

2023-2024 – TENTATIVO FECHAS DE INICIO DE DEPORTES

* Las fechas de prueba se compartirán antes del inicio de la temporada. Habrá pruebas para todos los deportes excepto Cross Country, Lucha y Track & Field, que están abiertos a todos los estudiantes. Se pueden agregar otros deportes.

Cross Country (mixto): 22 de agosto de 2023

Béisbol (mixto): 22 de agosto de 2023

Pelota de Mano (mixto): 22 de agosto 2023

Lucha (mixto): 1 de septiembre de 2023

Porras (mixto): 15 de septiembre de 2023

Baloncesto femenino: 10 de octubre de 2023

Fútbol masculino: 10 de octubre de 2023

Baloncesto masculino: 5 de diciembre de 2023

Fútbol femenino: 5 de diciembre de 2023

Voleibol (femenino y masculino): 13 de febrero de 2024

Tenis (mixto): 12 de marzo de 2024

Track & Field (mixto): 16 de abril de 2024



July 31, 2023

2023-2024 - STUDENT ATHLETE RULES AND EXPECTATIONS

Preparing today's students to be the thinkers, leaders, and creators of tomorrow.

- Student athletes will follow the R.I.S.E expectation.
 - Respect themselves and others
 - Impact their community
 - Strive for excellence
 - Embrace diversity

Our RISE expectations are important in the classroom, on the field and track, and in the gym.

- School is a priority! They are students first; athletes second. If a student-athlete needs to stay after school for any reason, that takes priority. They may bring a signed note/pass from the teacher or staff member to excuse any missed athletics.
- Student-athletes will be expected to practice to be eligible for games. Missing one practice without a parent/guardian excuse will result in that student-athlete losing playing time in the next game/meet.
- If a student exhibits behavioral issues on the field, track, gym, or in the classroom, they will not be allowed to participate in the game/meet until the issue has been resolved. If the behavioral issue continues, additional steps may be taken, including suspension and/or dismissal from the team.
- Hoover student-athletes must have a positive attitude on the field towards coaches, team members, opponents, and officials.
- Each student-athlete must have and maintain a GPA of 2.0 or higher and have a grade of C or higher in their PE class.
- This form must be signed by the student athlete and their parent/guardian in order to be on a Hoover sports team and must be returned to the athletic director.

hoover.sjUSD.org
408-535-6274
1635 Park Avenue
San José, CA 95126

Student Signature

Parent Signature

Date



July 31, 2023

2023-2024 - REGLAS Y EXPECTATIVAS PARA ESTUDIANTES DEPORTISTAS

Preparing today's students to be the thinkers, leaders, and creators of tomorrow.

- Los estudiantes atletas seguirán las expectativas R.I.S.E.
 - Respetarse a sí mismos y a los demás
 - Impactar su comunidad
 - Sobresalir con esfuerzo
 - Englobar la diversidad

Nuestras expectativas RISE son importantes en el salón de clases, en el campo y la pista, y en el gimnasio.

- ¡La escuela es una prioridad! Primero son estudiantes; atletas en segundo lugar. Si un estudiante-atleta necesita quedarse después de la escuela por cualquier motivo, eso tiene prioridad. Pueden traer una nota / pase firmado por el maestro o miembro del personal para disculpar cualquier atletismo perdido.
- Se espera que los estudiantes-atletas practiquen para ser elegibles para los juegos. Faltar a una práctica sin una excusa del padre / tutor resultará en que el estudiante-atleta pierda tiempo de juego en el próximo juego / competencia.
- Si un estudiante exhibe problemas de comportamiento en el campo, la pista, el gimnasio o en el salón de clases, no se le permitirá participar en el juego / encuentro hasta que el problema se haya resuelto. Si el problema de comportamiento continúa, se pueden tomar medidas adicionales, incluida la suspensión y / o el despido del equipo.
- Los estudiantes-atletas de Hoover deben tener una actitud positiva en el campo hacia los entrenadores, miembros del equipo, oponentes y oficiales.
- Cada estudiante-atleta debe tener y mantener un GPA de 2.0 o más y tener una calificación de C o más en su clase de Educación Física.
- Este formulario debe estar firmado por el estudiante atleta y su padre / tutor para poder estar en un equipo deportivo de Hoover y debe devolverse al director de deportes.

hoover.sjUSD.org
408-535-6274
1635 Park Avenue
San José, CA 95126

Firma de Estudiante

Firma de Padre/Madre/Tutor

Fecha



Instructions for Parents/Instrucciones para padres

Register My Athlete allows parents to register their athletes for sports online. Here are some basic steps to follow when registering your athlete for the first time:

Registrar Mi Atleta (Register My Athlete) permite a los padres registrar a sus atletas para los deportes en línea. Aquí hay algunos pasos básicos a seguir cuando se registra su atleta por primera vez:

- 1. Find Your School:** Find your school by going to <http://registermyathlete.com/schools/>, selecting your state, and finding your school. Click on the school to continue to the next step. Schools are encouraged to make a direct link from their school's website.

Encuentre su escuela: Encuentra su escuela yendo a <http://registermyathlete.com/schools/>, seleccione su estado, y busque su escuela. Haga clic en su escuela para continuar con el siguiente paso. A las escuelas se les anima a hacer un enlace directo desde la página web de su escuela.

- 2. Create an account:** Now begin creating your account by clicking the "Create an Account" button. After filing in the required information the system will automatically log you in and you will be required to accept the terms of use.

Crear una cuenta: Ahora empiece a crear su cuenta haciendo clic en el botón "Crear una cuenta" (Create An Account). Después de completar la información requerida el sistema le dejara automáticamente iniciar la sesión y se le requerirá aceptar los términos de uso.

- 3. Add a new athlete:** The next step is to add an athlete. You can do so by clicking the "My Athletes" tab on the left-hand side of the page or by clicking "Add Athlete" underneath the "My Athletes" tab. This only needs to be done once during your athlete's entire career at a school. The information entered here will carry over from year to year. This information includes your athlete's contact information and medical information.

Añadir un nuevo atleta: El siguiente paso es añadir el atleta. Puede hacerlo haciendo clic en la pestaña "Mis atletas" (Mi Athletes) en el lado izquierdo de la página o por hacer clic en "Añadir Atleta" (Add Athlete) por debajo de la pestaña "Mis atletas" (My Athletes). Esto solo hay que hacerlo una sola vez durante toda la carrera de su atleta en una escuela. La información introducida aquí se trasladará de año en año. Esta información incluye la información de contacto de su atleta y la información médica.

- 4. The athlete's profile:** After you've created your athlete you will be brought to their Profile page. This page is a summary of their info and involvement.

El perfil del atleta: Después de crear su atleta se le llevará a su página de perfil. Esta página es un resumen de su información y participación.

- 5. Register for a sport:** Click "+ Register for a Sport" to begin registration, you will be asked to choose which sport your athlete is registering for.

Registrar para un deporte: Haga clic en "+ Registro para un deporte" (+ Register for a Sport) para comenzar el registro, se le pedirá elegir para qué deporte su atleta está registrando.

- 6. Your registration checklist:** This page shows the status of your athlete's registration. You will be asked to complete several steps to complete registration including agreeing to documents, and completing the physical.

Lista de control para el registro: Esta página muestra el estado de la registraci3n de su atleta. Se le pedir3 completar varios pasos para completar el registro incluso dar consentimiento a documentos, y completar el f3sico.

- 7. Physicals:** Physical documents should be completed by the parents (or medical professionals as needed). Parents have the ability to upload these physical documents to the system. Uploaded documents will need to be verified by the admin at the school prior to be accepted as complete. (If a document upload is rejected for any reason, the parent will receive an email with the rejection reason. After the error has been corrected, parents will be able to re-upload the document for verification.)

El examen f3sico: Documentos para el f3sico deben ser completados por los padres (o profesionales de la medicina, seg3n sea necesario). Los padres tienen la posibilidad de cargar/subir (upload) estos documentos del f3sico al sistema. Los documentos cargados/subidos (uploaded) tendr3n que ser verificados por el administrador de la escuela antes de ser aceptados como completos. (Si se rechaza una carga del documento por cualquier raz3n, el padre recibir3 un correo electr3nico con el motivo de rechazo. Despu3s de que el error ha sido corregido, los padres ser3n capaces de volver a cargar/subir el documento para su verificaci3n.)

- 8. Complete registration:** Your registration is complete once all items on the checklist have been completed.

Registro completo: Su registro se ha completado una vez que se han completado todos los puntos de la lista.

- 9. After registration:** After registration is complete, you can login at any time to view the Status of your athlete and their participation on the team.

Despu3s del registro: Despu3s que el registro este completo, se puede acceder en cualquier momento para ver el estado de su atleta y su participaci3n en el equipo.

Additional Athletes

Under the same account, repeat step 3-9 to register additional athletes.

Atletas adicionales

En la misma cuenta, repita los pasos de 3-9 para registrar atletas adicionales.

Future Seasons & Years

Once your athlete has been added to your account, you only need to follow steps 5-8 to register them for another sport.

Temporadas y a3os futuros

Una vez que el atleta ha sido a3adido a su cuenta, usted s3lo tiene que seguir los pasos de 5-8 para registrarlos para otro deporte.

Register My Athlete Tech Support

Email Support: support@registermyathlete.com

Phone Support: 435-213-1601

Phone Support Hours:

Monday-Friday 8:00am-5:00pm

PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

HISTORY FORM

Note: Complete and sign this form (with your parents if younger than 18) before your appointment.

Name: _____ Date of birth: _____

Date of examination: _____ Sport(s): _____

Sex assigned at birth (F, M, or intersex): _____ How do you identify your gender? (F, M, or other): _____

List past and current medical conditions. _____

Have you ever had surgery? If yes, list all past surgical procedures. _____

Medicines and supplements: List all current prescriptions, over-the-counter medicines, and supplements (herbal and nutritional). _____

Do you have any allergies? If yes, please list all your allergies (ie, medicines, pollens, food, stinging insects). _____

Patient Health Questionnaire Version 4 (PHQ-4)
Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems? (Circle response.)

	Not at all	Several days	Over half the days	Nearly every day
Feeling nervous, anxious, or on edge	0	1	2	3
Not being able to stop or control worrying	0	1	2	3
Little interest or pleasure in doing things	0	1	2	3
Feeling down, depressed, or hopeless	0	1	2	3

(A sum of ≥ 3 is considered positive on either subscale [questions 1 and 2, or questions 3 and 4] for screening purposes.)

GENERAL QUESTIONS (Explain "Yes" answers at the end of this form. Circle questions if you don't know the answer.)		
	Yes	No
1. Do you have any concerns that you would like to discuss with your provider?		
2. Has a provider ever denied or restricted your participation in sports for any reason?		
3. Do you have any ongoing medical issues or recent illness?		
HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT YOU		
	Yes	No
4. Have you ever passed out or nearly passed out during or after exercise?		
5. Have you ever had discomfort, pain, tightness, or pressure in your chest during exercise?		
6. Does your heart ever race, flutter in your chest, or skip beats (irregular beats) during exercise?		
7. Has a doctor ever told you that you have any heart problems?		
8. Has a doctor ever requested a test for your heart? For example, electrocardiography (ECG) or echocardiography.		

HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT YOU (CONTINUED)		
	Yes	No
9. Do you get light-headed or feel shorter of breath than your friends during exercise?		
10. Have you ever had a seizure?		
HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT YOUR FAMILY		
	Yes	No
11. Has any family member or relative died of heart problems or had an unexpected or unexplained sudden death before age 35 years (including drowning or unexplained car crash)?		
12. Does anyone in your family have a genetic heart problem such as hypertrophic cardiomyopathy (HCM), Marfan syndrome, arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy (ARVC), long QT syndrome (LQTS), short QT syndrome (SQTS), Brugada syndrome, or catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia (CPVT)?		
13. Has anyone in your family had a pacemaker or an implanted defibrillator before age 35?		

BONE AND JOINT QUESTIONS	Yes	No
14. Have you ever had a stress fracture or an injury to a bone, muscle, ligament, joint, or tendon that caused you to miss a practice or game?		
15. Do you have a bone, muscle, ligament, or joint injury that bothers you?		
MEDICAL QUESTIONS	Yes	No
16. Do you cough, wheeze, or have difficulty breathing during or after exercise?		
17. Are you missing a kidney, an eye, a testicle (males), your spleen, or any other organ?		
18. Do you have groin or testicle pain or a painful bulge or hernia in the groin area?		
19. Do you have any recurring skin rashes or rashes that come and go, including herpes or methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA)?		
20. Have you had a concussion or head injury that caused confusion, a prolonged headache, or memory problems?		
21. Have you ever had numbness, had tingling, had weakness in your arms or legs, or been unable to move your arms or legs after being hit or falling?		
22. Have you ever become ill while exercising in the heat?		
23. Do you or does someone in your family have sickle cell trait or disease?		
24. Have you ever had or do you have any problems with your eyes or vision?		

MEDICAL QUESTIONS (CONTINUED)	Yes	No
25. Do you worry about your weight?		
26. Are you trying to or has anyone recommended that you gain or lose weight?		
27. Are you on a special diet or do you avoid certain types of foods or food groups?		
28. Have you ever had an eating disorder?		
FEMALES ONLY	Yes	No
29. Have you ever had a menstrual period?		
30. How old were you when you had your first menstrual period?		
31. When was your most recent menstrual period?		
32. How many periods have you had in the past 12 months?		

Explain "Yes" answers here.

I hereby state that, to the best of my knowledge, my answers to the questions on this form are complete and correct.

Signature of athlete: _____

Signature of parent or guardian: _____

Date: _____

©2019 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine. Permission is granted to reprint for noncommercial, educational purposes with acknowledgment.

EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN

FORMULARIO DE HISTORIAL CLÍNICO

Nota: Complete y firme este formulario (con la supervisión de sus padres si es menor de 18 años) antes de acudir a su cita.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha del examen médico: _____ Deporte(s): _____

Sexo que se le asignó al nacer (F, M o intersexual): _____ ¿Con cuál género se identifica? (F, M u otro): _____

Mencione los padecimientos médicos pasados y actuales que haya tenido. _____

¿Alguna vez se le practicó una cirugía? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus cirugías previas. _____

Medicamentos y suplementos: Enumere todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y suplementos (herbolarios y nutricionales) que consume. _____

¿Sufre de algún tipo de alergia? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus alergias (por ejemplo, a algún medicamento, al polen, a los alimentos, a las picaduras de insectos). _____

Cuestionario sobre la salud del paciente versión 4 (PHQ-4)

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia experimentó alguno de los siguientes problemas de salud? (Encierre en un círculo la respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se siente nervioso, ansioso o inquieto	0	1	2	3
No es capaz de detener o controlar la preocupación	0	1	2	3
Siente poco interés o satisfacción por hacer cosas	0	1	2	3
Se siente triste, deprimido o desesperado	0	1	2	3

(Una suma ≥ 3 se considera positiva en cualquiera de las subescalas, [preguntas 1 y 2 o preguntas 3 y 4] a fin de obtener un diagnóstico).

PREGUNTAS GENERALES (Dé una explicación para las preguntas en las que contestó "Sí", en la parte final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas si no sabe la respuesta).			Sí	No
1. ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría discutir con su proveedor de servicios médicos?				
2. ¿Alguna vez un proveedor de servicios médicos le prohibió o restringió practicar deportes por algún motivo?				
3. ¿Padece algún problema médico o enfermedad reciente?				
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR			Sí	No
4. ¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse mientras hacía, o después de hacer, ejercicio?				

PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR (CONTINUACIÓN)			Sí	No
5. ¿Alguna vez sintió molestias, dolor, compresión o presión en el pecho mientras hacía ejercicio?				
6. ¿Alguna vez sintió que su corazón se aceleraba, palpitaba en su pecho o latía intermitentemente (con latidos irregulares) mientras hacía ejercicio?				
7. ¿Alguna vez un médico le dijo que tiene problemas cardíacos?				
8. ¿Alguna vez un médico le pidió que se hiciera un examen del corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía.				
9. Cuando hace ejercicio, ¿se siente mareado o siente que le falta el aire más que a sus amigos?				
10. ¿Alguna vez tuvo convulsiones?				

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDIOVASCULAR DE SU FAMILIA	Sí	No
11. ¿Alguno de los miembros de su familia o pariente murió debido a problemas cardíacos o tuvo una muerte súbita e inesperada o inexplicable antes de los 35 años de edad (incluyendo muerte por ahogamiento o un accidente automovilístico inexplicables)?		
12. ¿Alguno de los miembros de su familia padece un problema cardíaco genético como la miocardiopatía hipertrófica (HCM), el síndrome de Marfan, la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), el síndrome del QT largo (LQTS), el síndrome del QT corto (SQTS), el síndrome de Brugada o la taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?		
13. ¿Alguno de los miembros de su familia utilizó un marcapasos o se le implantó un desfibrilador antes de los 35 años?		
PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES	Sí	No
14. ¿Alguna vez sufrió una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo faltar a una práctica o juego?		
15. ¿Sufre alguna lesión ósea, muscular, de los ligamentos o de las articulaciones que le causa molestia?		
PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS	Sí	No
16. ¿Tose, sibila o experimenta alguna dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?		
17. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (en el caso de los hombres), el bazo o cualquier otro órgano?		
18. ¿Sufre dolor en la ingle o en los testículos, o tiene alguna protuberancia o hernia dolorosa en la zona inguinal?		
19. ¿Padece erupciones cutáneas recurrentes o que aparecen y desaparecen, incluyendo el herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA)?		

PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS (CONTINUACIÓN)	Sí	No
20. ¿Alguna vez sufrió un traumatismo craneoencefálico o una lesión en la cabeza que le causó confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
21. ¿Alguna vez sintió adormecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o piernas, o fue incapaz de mover los brazos o las piernas después de sufrir un golpe o una caída?		
22. ¿Alguna vez se enfermó al realizar ejercicio cuando hacía calor?		
23. ¿Usted o algún miembro de su familia tiene el rasgo drepanocítico o padece una enfermedad drepanocítica?		
24. ¿Alguna vez tuvo o tiene algún problema con sus ojos o su visión?		
25. ¿Le preocupa su peso?		
26. ¿Está tratando de bajar o subir de peso, o alguien le recomendó que baje o suba de peso?		
27. ¿Sigue alguna dieta especial o evita ciertos tipos o grupos de alimentos?		
28. ¿Alguna vez sufrió un desorden alimenticio?		
ÚNICAMENTE MUJERES	Sí	No
29. ¿Ha tenido al menos un periodo menstrual?		
30. ¿A los cuántos años tuvo su primer periodo menstrual?		
31. ¿Cuándo fue su periodo menstrual más reciente?		
32. ¿Cuántos periodos menstruales ha tenido en los últimos 12 meses?		

Proporcione una explicación aquí para las preguntas en las que contestó "Sí".

Por la presente declaro que, según mis conocimientos, mis respuestas a las preguntas de este formulario están completas y son correctas.

Firma del atleta: _____

Firma del padre o tutor: _____

Fecha: _____

PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name: _____ Date of birth: _____

PHYSICIAN REMINDERS

- Consider additional questions on more-sensitive issues.
 - Do you feel stressed out or under a lot of pressure?
 - Do you ever feel sad, hopeless, depressed, or anxious?
 - Do you feel safe at your home or residence?
 - Have you ever tried cigarettes, e-cigarettes, chewing tobacco, snuff, or dip?
 - During the past 30 days, did you use chewing tobacco, snuff, or dip?
 - Do you drink alcohol or use any other drugs?
 - Have you ever taken anabolic steroids or used any other performance-enhancing supplement?
 - Have you ever taken any supplements to help you gain or lose weight or improve your performance?
 - Do you wear a seat belt, use a helmet, and use condoms?
- Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (Q4–Q13 of History Form).

EXAMINATION		
Height:	Weight:	
BP: / (/)	Pulse:	Vision: R 20/ L 20/ Corrected: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance <ul style="list-style-type: none"> Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, hyperlaxity, myopia, mitral valve prolapse [MVP], and aortic insufficiency) 		
Eyes, ears, nose, and throat <ul style="list-style-type: none"> Pupils equal Hearing 		
Lymph nodes		
Heart ^a <ul style="list-style-type: none"> Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and ± Valsalva maneuver) 		
Lungs		
Abdomen		
Skin <ul style="list-style-type: none"> Herpes simplex virus (HSV), lesions suggestive of methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), or tinea corporis 		
Neurological		
MUSCULOSKELETAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Neck		
Back		
Shoulder and arm		
Elbow and forearm		
Wrist, hand, and fingers		
Hip and thigh		
Knee		
Leg and ankle		
Foot and toes		
Functional <ul style="list-style-type: none"> Double-leg squat test, single-leg squat test, and box drop or step drop test 		

^a Consider electrocardiography (ECG), echocardiography, referral to a cardiologist for abnormal cardiac history or examination findings, or a combination of those.

Name of health care professional (print or type): _____ Date: _____

Address: _____ Phone: _____

Signature of health care professional: _____, MD, DO, NP, or PA

Este formulario debe colocarse en el expediente médico del atleta y no debe compartirse con escuelas u organizaciones deportivas.

■ PRE-PARTICIPACION EVALUACION FISICA

FORMA DE EVALUACION FISICA

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

RECORDATORIOS PARA MEDICO

1. Considere preguntas adicionales sobre temas más delicados.
 - ¿Se siente estresada(o) o bajo mucha presión?
 - ¿Alguna vez se siente triste, desesperanzada(o), ¿deprimida(o) o ansiosa(o)?
 - ¿Se siente Segura(o) en su casa o residencia?
 - ¿Ha probado alguna vez cigarrillos, cigarrillos electrónicos, tabaco de mascar, tabaco en polvo o dip?
 - Durante los últimos 30 días, ¿uso tabaco para mascar, tabaco en polvo o dip?
 - ¿Bebe alcohol o usa alguna otra droga?
 - ¿Alguna vez ha tomado esteroides anabólicos o ha usado algún otro suplemento para mejorar el rendimiento?
 - ¿Alguna vez ha tomado suplementos para ayudarlo a ganar o perder de peso o mejorar su desempeño?
 - Usas cinturón de seguridad, usas casco y usas condones?
2. Considere revisar las preguntas sobre síntomas cardiovasculares (Q4 - Q13 del formulario historial).

EXAMINACION		
Altura:	Peso:	
BP: / (/)	Pulso:	Visión: D 20/ I 20/ Corregida?: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
MEDICA	NORMAL	ABNORMAL RECOMEN.
Apariencia <ul style="list-style-type: none"> • Estigmas de Marfan (cifoescoliosis, palada ojival, pectus excavatum, arnodactilia, hiperlaxitud, miopía, prolapso de la válvula mitral [MVP] e insuficiencia aortica) 		
Ojos, oídos, nariz, y garganta <ul style="list-style-type: none"> • Pupilas iguales • Audiencia 		
Ganglios linfáticos		
Corazón ^a <ul style="list-style-type: none"> • Soplos (auscultación de pie, auscultación en decúbito supine y ± maniobra de Valsalva) 		
Pulmones		
Abdomen		
Piel <ul style="list-style-type: none"> • Herpes simplex virus (HSV), lesiones sugestivas de Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA) o tinea corporis. 		
Neurológica		
MUSCULO ESQUELETICO	NORMAL	ABNORMAL RECOMEN.
Cuello		
Espalda		
Hombro y brazo		
Codo y antebrazo		
Muñeca, mano, y dedos		
Cadera y muslo		
Rodilla		
Pierna y tobillo		
Pie y dedos		
Funcional <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de sentadilla con dos piernas, prueba de sentadilla con una pierna, y prueba de caída de caja o caída de paso 		

^a Considere la posibilidad de electrocardiografía (ECG), ecocardiografía, derivación a un cardiólogo por antecedentes cardíacos anormales o hallazgos de exámenes, o una combinación de estos.

Nombre del proveedor de atención médica (letra o a máquina): _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Firma del profesional de la salud: _____, MD, DO, NP, or PA