

SPORTS PHYSICAL EXAMINATION FORM

**PART 1** (TO BE COMPLETED BY A PARENT OR LEGAL GUARDIAN)

**\*Valid for 1 year after Dr. signature**

STUDENT LAST NAME:		STUDENT FIRST NAME:		ID #:
GRADE:	BIRTHDATE:	FALL SPORT:	WINTER SPORT:	SPRING SPORT:

**HEALTH HISTORY** (Must be Completed Prior to the Examination)

<b>YES</b>	<b>NO</b>	<b>Has this student had any:</b>	<b>YES</b>	<b>NO</b>	<b>Does this student:</b>
		1 Chronic or recurrent illness?			16 Wear eyeglasses or contact lenses?
		2 Illness lasting over 1 week?			17 Wear dental bridges, braces or plates?
		3 Hospitalization or Surgeries?			18 Take any medications? (List below):
		4 Nervous, psychiatric, or neurologic condition?			
		5 Loss or nonfunctioning of organs (eye, kidney, liver, testicle) or glands?	<b>YES</b>	<b>NO</b>	<b>Is there any history of:</b>
		6 Allergies (medicines, insect bites, food)?			19 Injuries requiring medical care or treatment?
		7 Problems with heart or blood pressure?			20 Neck or back pain or injury?
		8 Chest pain or severe shortness of breath with exercise?			21 Knee pain or injury?
		9 Dizziness or fainting with exercise?			22 Shoulder or elbow injury?
		10 Fainting, bad headaches or convulsions?			23 Ankle pain or injury?
		11 Concussion or loss of consciousness?			24 Other serious Joint injury?
		12 Heat exhaustion, heatstroke or other problems with heat?			25 Broken bones (fractures)?
		13 Racing heart, skipped, irregular heartbeats, or heart murmur?	<b>YES</b>	<b>NO</b>	<b>Further history:</b>
		14 Seizures?			26 Birth defects (corrected or not)?
		15 Severe or repeated instances of muscle cramps?			27 Death of a parent or grandparent less than 40 years of age due to medical cause or condition?
		<b>Date of last known tetanus (lockjaw) shot:</b>			28 Parent or grandparent requiring treatment for heart condition less than 50 years of age?
		<b>Date of last complete physical examination:</b>			29 Been seen by a physician on an emergency or urgent basis in the last 12 months?

**Explain all "YES" answers here along with any other fact or circumstance that should be disclosed prior to the examination (use reverse side of form):**

**PARENT/GUARDIAN'S AUTHORIZATION:** I authorize a physician or duly authorized and supervised physician's assistant or nurse practitioner to perform a Sports Physical Evaluation on the student. The information set forth above is complete and accurate and I know of no reason why the student cannot fully and safely participate in the listed sports. I understand that this is solely a screening examination and that the absence of any health conditions or concerns listed below does not mean that student is free from actual or potential harmful health conditions that may cause the student injury or death while participating in sports. Any question or concern I may have regarding the student's health or safety will be referred to our personal physician or health care provider for review and evaluation.

PRINT PARENT/GUARDIAN NAME:	SIGNATURE OF PARENT/GUARDIAN:		
ADDRESS:	WORK #:	HOME #:	DATE:
REGULAR PHYSICIANS NAME:	OFFICE #:	PROVIDER/ORGANIZATION:	

**PART 2** (TO BE COMPLETED BY THE EXAMINING PHYSICIAN/PHYSICIAN'S ASSISTANT/NURSE PRACTITIONER)

	NORMAL	ABNORMAL (Describe)	
EYES/EARS/NOSE/THROAT			HEIGHT:
SKIN			WEIGHT:
HEART			PULSE:
ABDOMEN			PULSE AFTER Ex:
GENITAL/HERNIA(MALES) MUSCULOSKETAL			BP:
A. NECK/SPINE/SHOULDERS/BACK			<b>RECOMMENDATION:</b>
B. ARMS/HANDS/FINGERS			<input type="checkbox"/> Unlimited participation
C. HIPS/THIGHS/KNEES/LEGS			<input type="checkbox"/> Limited participation/specific sports, events, activities
D. FEET/ANKLES			<input type="checkbox"/> Clearance withheld pending further testing/evaluation
NEUROLOGIC SCREENING EXAM (NSE)			<input type="checkbox"/> No athletic participation
			<b>ONE OF THE ABOVE MUST BE CHECKED</b>
<b>COMMENTS (use reverse side of form):</b>			

PRINT NAME OF PHYSICIAN (M.D., D.O., P.A. OR N.P. ONLY)	PHYSICIAN'S SIGNATURE	DATE
---	-----------------------	------

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE NATOMAS  
FORMULARIO DE EXAMEN FISICO DE DEPORTES**

\*Válido por 1 año a partir de la firma del DR.

**PART 1** (Debe ser completado por el Padre/Guardian)

PRIMER NOMBRE DEL ESTUDIANTE:		APELLIDO DEL ESTUDIANTE:		No. de ID:
GRADO:	FECHA DE NACIMIENTO:	DEPORTES DE OTONO:	DEPORTE DE INVERNO:	DEPORTE DE PRIMAVERA:

**HISTORIAL MEDICO** (Debe ser completado antes de recibir Servicios de Salud)

SI	NO	<i>Ha tenido el estudiante algo de lo siguiente:</i>	SI	NO	<i>Tiene este estudiante:</i>
		1. ¿Enfermedad crónica o recurrente?			16. ¿Usa anteojos o lentes de contacto?
		2. ¿Enfermedad que dura más de 1 semana?			17. ¿Usa puentes dentales, aparatos ortopédicos o placas?
		3. ¿La hospitalización o cirugías?			18. ¿Medicamentó? (Lista a continuación):
		4. ¿Nervioso, psiquiátrica o afección neurológica?			
		5. ¿La pérdida o no funcional de órganos (ojos, riñones, hígado, testículos) o glándulas?	SI	NO	<i>Hay algún historial de:</i>
		6. ¿Alergias (medicamentos, picaduras de insectos, alimentos)?			19. ¿Las lesiones que requieran atención médica o tratamiento?
		7. ¿Los problemas con el corazón o la presión arterial?			20. ¿Cuello o dolor de espalda o lesión?
		8. ¿Dolor en el pecho o dificultad respiratoria grave con el ejercicio?			21. ¿El dolor de rodilla o lesión?
		9. ¿Mareos o desmayos con el ejercicio?			22. ¿Hombro o lesión en el codo?
		10. ¿Desmayos, dolores de cabeza o convulsiones?			23. ¿Dolor en el tobillo o lesión?
		11. ¿Conmoción cerebral o pérdida de la conciencia?			24. ¿Huesos rotos (fracturas)?
		12. ¿El agotamiento por calor, golpe de calor u otros problemas con el calor?			25. ¿Huesos rotos (fracturas)?
		13. ¿Palpitas de corazón, omitido, latidos irregulares del corazón, o soplo en el corazón?	SI	NO	<i>Further history:</i>
		14. ¿Convulsiones?			26. ¿Los defectos de nacimiento (corregidos o no)?
		15. ¿Casos de calambres musculares graves o repetidas?			27. ¿La muerte de un padre o abuelo de menos de 40 años de edad debido a causa médica o condición?
<i>Fecha de la última conocida tétanos (trismo) disparo:</i>					28. ¿Padre o abuelo que requiere tratamiento para afección cardíaca menor de 50 años de edad?
<i>Fecha del último examen físico completo:</i>					29. ¿Visto por un médico en caso de emergencia o bases urgentes en los últimos 12 meses?

**Explique todo, si la respuesta es "Sí" aquí junto con cualquier otro hecho o circunstancia que debe ser divulgada antes del examen (utilice el reverso de la forma):**

**PADRE/AUTORIZACIÓN DEL TUTOR:** Autorizo a un médico o debidamente autorizado asistente médico supervisado o enfermera para realizar una Evaluación Física Deportes en el estudiante. La información expuesta anteriormente está completa y exacta y no sé de ninguna razón por la que el estudiante no puede participar plenamente y de manera segura en los deportes mencionados anteriormente. Entiendo que esto es solamente un examen de selección y que la ausencia de las condiciones de salud o preocupaciones que figuran a continuación no significa que el estudiante está libre de condiciones perjudiciales para la salud reales o potenciales que pueden causar la lesión o la muerte del estudiante durante su participación en los deportes. Cualquier pregunta o preocupación que pueda tener en relación con la salud o la seguridad del estudiante serán referidas a nuestro médico o profesional de la salud personal para su revisión y evaluación.

ESCRIBIR EL NOMBRE DE PADRE/NOMBRE DEL GUARDIAN:	FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN:		
DOMICILLO:	NO.DE TRABAJO:	NO. DE CASA:	FECHA:
NOMBRE DEL MEDICO REGULAR:	NO. DE OFICINA:	PROVEDOR/ORGANIZACION:	

**PART 2 (DEBE SER COMPLETADO POR EL TO BE COMPLETED BY THE EXAMINING PHYSICIAN/PHYSICIAN'S ASSISTANT/NURSE PRACTITIONER)**

	NORMAL	ANORMALES (Describe)	
OJOS/OÍDOS/NARIZ/GARGANTA			ESTATURA:
Piel			PESO:
CORAZÓN			PULSO:
ABDOMEN			PULSO DESPUES DEL EX:
GENITAL/HERNIA(MALES) MUSCULOSKETAL			BP:
A. CUELLO/ ESPINA DORSAL/ HOMBRO/ ESPALDA			<b>RECOMENDACIONES:</b>
B. ARMS/HANDS/FINGERS			<input type="checkbox"/> Participación ilimitada
C. CADERA/MUSLO/ RODILL/PIERNAS			<input type="checkbox"/> Participación limitada/deportes específicos, eventos, actividades
D. PIE/TOBILLO			<input type="checkbox"/> Liquidación retenido pendiente de mas pruebas/evaluaciones
NEUROLOGÍA EXAMEN de REVISION (NSE)			<input type="checkbox"/> Ninguna participación de atletismo
			<b>UNA DE LAS OPCIONES DE ARRIBA DEBEN SER SELECCIONADAS</b>

**COMENTARIOS (use el reverso del formulario):**

ESCRIBA EL NOMBRE DEL MEDICO (M.D., D.O., P.A, OR N.P. SOLAMENTE)	FIRMA DE MEDICO	FECHA
---	-----------------	-------