



■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

- To be completed prior to your physical examination and provided to your doctor

MEDICAL HISTORY FORM

Name: _____ Date of birth: _____

Sports: _____ Gender: _____

Physician: _____ Date of Examination: _____

LIST PAST AND CURRENT MEDICAL CONDITIONS:

LIST ALL PAST SURGICAL PROCEDURES:

LIST ALL CURRENT PRESCRIPTIONS AND OVER-THE-COUNTER MEDICINES:

LIST ANY ALLERGIES (I.E. MEDICINES, POLLENS, FOOD, STINGING INSECTS, ETC.):

MEDICAL QUESTIONS	Yes	No
1. Have you ever passed out or nearly passed out during or after exercise?		
2. Have you ever had discomfort, pain, tightness, or pressure in your chest during exercise?		
3. Does your heart ever race, flutter in your chest, or skip beats (irregular beats) during exercise?		
4. Has a doctor ever told you that you have any heart problems?		
5. Has a doctor ever requested a test for your heart?		
6. Do you get light-headed or feel shorter of breath than your friends during exercise?		
7. Have you ever had a seizure?		
8. Has any family member or relative died of heart problems or had an unexpected or unexplained sudden death before age 35?		
9. Have you ever had an injury to a bone, muscle, ligament, joint, or tendon that caused you to miss a practice or game?		
10. Do you have a bone, muscle, ligament, or joint injury that bothers you?		
11. Do you cough, wheeze, or have difficulty breathing during or after exercise?		
12. Are you missing a kidney, an eye, a testicle (males), your spleen, or any other organ?		

MEDICAL QUESTIONS	Yes	No
13. Do you have groin or testicle pain or a painful bulge or hernia in the groin area?		
14. Do you have any recurring skin rashes or rashes that come and go, including herpes or methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA)?		
15. Have you had a concussion or head injury that caused confusion, a prolonged headache, or memory problems?		
16. 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?		
17. Have you ever become ill while exercising in the heat?		
18. Do you or does someone in your family have sickle cell trait or disease?		
19. Have you ever had or do you have any problems with your eyes or vision?		
FEMALES ONLY	Yes	No
20. Have you ever had a menstrual period?		
21. How old were you when you had your first menstrual period?		
22. When was your most recent menstrual period?		
23. How many periods have you had in the past 12 months?		

I hereby state that, to the best of my knowledge, my answers above are complete and correct.

Signature of Student Athlete: _____ Date: _____

Signature of Parent or Guardian: _____ Date: _____

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

- To be filled out by the physician

PHYSICAL EXAMINATION FORM

Patient Name: _____ Date of birth: _____

EXAMINATION		
Height: _____	Weight: _____	
BP: _____ / _____ (_____ / _____)	Pulse: _____	Vision: Does patient require corrective lenses or contacts? ☐ Y ☐ N
MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, hyperlaxity, myopia, mitral valve prolapse [MVP], and aortic insufficiency)		
Eyes, ears, nose, and throat • Pupils equal • Hearing		
Lymph Nodes		
Heart ^a • Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and ± Valsalva maneuver)		
Lungs		
Abdomen		
Skin • HSV, lesions suggestive of methicillin-resistant Staphylococcus aureus (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 • 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.

I have examined the student named on this form and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not have apparent clinical contraindications to practice and can participate in the sport(s) as outlined on this form. A copy of the physical examination findings are on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the physician may rescind the medical eligibility until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents or guardians).

- ☐ Medically eligible for all sports without restriction
☐ Medically eligible for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment of: _____
☐ Medically eligible for the following sports: _____
☐ Not medically eligible
 ☐ Pending further evaluation
 ☐ For any sports
 ☐ For the following sports: _____
☐ Reason and Recommendations: _____

Name of Physician: _____ MD, DO, NP, or PA Phone: _____

Address: _____

Physician Signature: _____ Date: _____

Physician's Stamp Required

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR Y ACUERDO PARA DECLINAR TODA
RESPONSABILIDAD, ASUMIR RIESGOS Y EXIMIR DE TODA RESPONSABILIDAD

ESTUDIANTE: _____ PADRE/TUTOR: _____
ESCUELA: _____ DEPORTE(S): _____

Yo, el padre/tutor arriba mencionado, entiendo que la participación en el deporte/actividad arriba mencionado (el "Deporte") es voluntaria y no se requiere como parte del programa escolar regular. Por el presente se da el consentimiento para que el estudiante arriba mencionado (el "Estudiante") participe en el Deporte.

Soy consciente de que participar, jugar, practicar o prepararse para practicar o jugar en el Deporte puede ser una actividad peligrosa que implica muchos riesgos de lesión. Comprendo que los peligros y riesgos de participar, jugar o practicar el Deporte incluyen, entre otros, la muerte, lesiones graves en el cuello y la columna vertebral, parálisis, lesiones cerebrales, lesiones graves en los órganos internos, lesiones graves en los huesos, articulaciones, ligamentos, músculos, tendones y otros aspectos del sistema musculoesquelético, y lesiones graves o menoscabo de la salud y el bienestar generales. Comprendo que los riesgos descritos pueden tener como consecuencia un deterioro grave de la capacidad futura del Estudiante para ganarse la vida, participar en otras actividades empresariales, sociales y recreativas y, en general, disfrutar de la vida.

En caso de accidente o enfermedad repentina, Perris Union High School District tiene permiso para prestar cualquier tratamiento médico de emergencia que se considere necesario para el Estudiante. En caso de que deban prestarse servicios de emergencia, entiendo que seré responsable de los costos de los mismos. Doy mi consentimiento para cualquier examen de rayos X, diagnóstico o tratamiento anestésico, médico o quirúrgico y atención hospitalaria que se considere aconsejable por, y se preste bajo, la supervisión general o especial de cualquier médico y cirujano licenciado bajo las disposiciones de la Ley de Práctica Médica en el personal médico de cualquier hospital acreditado, independientemente de que dicho diagnóstico o tratamiento se preste en la consulta de dicho médico o en dicho hospital queda entendido que esta autorización se otorga con antelación a cualquier diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria específicos que se requieran, pero se otorga para otorgar autoridad y poder por parte del representante de la escuela para dar consentimiento específico a todos y cada uno de dichos diagnósticos, tratamientos o atención hospitalaria que el médico antes mencionado, en el ejercicio de su mejor criterio, pueda considerar aconsejables.

En consideración a que Perris Union High School District permita la participación del Estudiante en el Deporte, YO, POR MI MISMO Y EN NOMBRE DEL ESTUDIANTE, POR LA PRESENTE ASUMO TODOS LOS RIESGOS DESCRIBIDOS AQUÍ Y ACEPTO EXIMIR LA RESPONSABILIDAD Y SOSTENER AL PERRIS UNION HIGH SCHOOL DISTRICT, SUS EMPLEADOS, AGENTES, REPRESENTANTES, ENTRENADORES Y VOLUNTARIOS DE CUALQUIER Y TODA RESPONSABILIDAD, ACCIONES, CAUSAS DE ACCIONES, DEUDAS, RECLAMOS O DEMANDAS DE CUALQUIER TIPO Y NATURALEZA QUE PUEDAN SURGIR DE O EN CONEXIÓN CON LA PARTICIPACIÓN DEL ESTUDIANTE EN EL DEPORTE. LOS TÉRMINOS DEL PRESENTE SERVIRÁN COMO EXENCIÓN Y ASUNCIÓN DE RIESGOS PARA MÍ, MIS HEREDEROS, PATRIMONIO, ALBACEA, ADMINISTRADOR, CESIONARIOS Y PARA TODOS LOS MIEMBROS DE MI FAMILIA.

Yo, el abajo firmante, habiendo leído atentamente lo que antecede, por la presente eximo de responsabilidad y libero al Distrito de lo que aquí se describe.

Padre/Tutor [en letra de imprenta]

Padre/Tutor [Firma]

Fecha



RESPECTFUL. **O**PTIMISTIC. **A**MBITIOUS. **R**ESPONSIBLE.

Liderazgo Atlético de Paloma Valley High School

Acuerdo y Contrato del Código de Conducta

Yo _____ entiendo que se me ha dado una posición de liderazgo en Paloma Valley High School. La participación en el atletismo es un privilegio y me doy cuenta de que como líder, tengo la responsabilidad de ser un modelo a seguir en el campus. Mis acciones, tanto buenas como malas, serán observadas cuidadosamente por los estudiantes y el personal. Romper las reglas se refleja mal en todo el programa y voy a representar el Atletismo PVHS y a mi equipo de una manera positiva en todo momento. Entiendo que si no sigo el código de conducta de los líderes de PVHS, es posible que tenga que tener una reunión de padres con el Director de Atletismo, que me suspendan de los entrenamientos y/o partidos, y podría ser expulsado del programa.

Expectativas del líder: (Pon tus iniciales si estás de acuerdo con cada afirmación)

_____ Seguiré todas las normas y expectativas establecidas en el manual del estudiante y en el Código de Conducta del CIF.

_____ Mantendré al menos un promedio de 2.0 y aprobaré todas mis clases.

_____ Mantendré una buena asistencia llegando a clase a tiempo y justificando mis ausencias con la asistencia.

_____ Seré respetuoso con todos los estudiantes y el personal; seré siempre un líder y una influencia positiva tanto dentro como fuera del campus; mi lenguaje y mis acciones serán apropiados.

_____ Utilizaré adecuadamente las redes sociales asegurándome de que mis publicaciones, fotos y comentarios sean apropiados y respetuosos. Trataré a los demás con respeto. Defenderé a quienes sufran hostigamiento.

_____ Defenderé los principios de ROAR siendo respetuoso, optimista, ambicioso y responsable tanto dentro como fuera del campus.

Entiendo que se me puede expulsar del programa deportivo si no mantengo cualquiera de los comportamientos mencionados anteriormente. He leído, comprendo y estoy de acuerdo con las expectativas descritas anteriormente. Me comprometo a ser un modelo positivo para mis compañeros de PVHS.

Firma del Estudiante _____ Fecha _____

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____