Township of Ocean Intermediate School
1200 West Park Avenue
Ocean, NJ 07712
www.oceanschools.org
732- 531-5630

Kelly E. Weldon
Superintendent of Schools

Patrick O'Neill
Assistant Principal
Valerie Sorce
Assistant Principal

Christopher Amato
Principal

Field Hockey, Cross Country and Soccer Due August 25, 2025

1. **Please complete and date this form. It is due 8/25/2025**
2. **Updated health History form must be completed in pen. All "YES" answers must be explained along with the date or age of illness or injury. The questions pertain to any health changes or conditions since the date of the last sports physical on file at the nurse**
3. **Incomplete paperwork and unanswered questions will be returned.**
4. **Students with asthma, food/insect allergies, seizures, diabetes, etc must provide treatment plans completed by their doctor and signed by a parent. These forms can be accessed on the TOIS school nurse website. Parents must provide the school nurse with extra medication (EpiPen and/or inhaler) for the coaches in the event of an emergency. These plans and extra medication must be on file before the first day of practice in order for students to try out.**
5. **We are not accepting faxed or emailed sports physical paperwork.**

Township of Ocean Intermediate School
1200 West Park Avenue
Ocean, NJ 07712
www.oceanschools.org
732- 531-5630

Kelly E. Weldon
Superintendent of Schools

Patrick O'Neill
Assistant Principal
Valerie Sorce
Assistant Principal

Christopher Amato
Principal

Hockey sobre cesped, campo a traves y futbol hasta el 25 de agosto de 2025

1. **Por favor complete y feche este formulario. Vence el 25/08/25**
2. **El formulario de historial médico actualizado debe completarse con bolígrafo. Todas las respuestas "SÍ" deben explicarse junto con la fecha o edad de la enfermedad o lesión. Las preguntas se refieren a cualquier cambio o condición de salud desde la fecha del último examen físico deportivo registrado en la enfermera.**
3. **Se devolverán los documentos incompletos y las preguntas sin respuesta.**
4. **Los estudiantes con asma, alergias a alimentos/insectos, convulsiones, diabetes, etc. deben proporcionar planes de tratamiento completados por su médico y firmados por uno de los padres. Se puede acceder a estos formularios en el sitio web de enfermería escolar de TOIS. Los padres deben proporcionar a la enfermera de la escuela medicamentos adicionales (EpiPen y/o inhalador) para los entrenadores en caso de una emergencia. Estos planes y medicamentos adicionales deben estar archivados antes del primer día de práctica para que los estudiantes puedan probar.**
5. **No aceptamos documentos físicos deportivos enviados por fax o correo electrónico.**

New Jersey Department of Education
Health History Update Questionnaire

Name of School: _____

To participate on a school-sponsored interscholastic or intramural athletic team or squad, each student whose physical examination was completed more than 90 days prior to the first day of official practice shall provide a health history update questionnaire completed and signed by the student's parent or guardian.

Student: _____ Age: _____ Grade: _____

Date of Last Physical Examination: _____ Sport: _____

Since the last pre-participation physical examination, has your son/daughter:

1. Been medically advised not to participate in a sport? Yes ☐ No ☐
   If yes, describe in detail:
2. Sustained a concussion, been unconscious or lost memory from a blow to the head? Yes ☐ No ☐
   If yes, explain in detail:
3. Broken a bone or sprained/strained/dislocated any muscle or joints? Yes ☐ No ☐
   If yes, describe in detail.
4. Fainted or "blacked out?" Yes ☐ No ☐
   If yes, was this during or immediately after exercise?
5. Experienced chest pains, shortness of breath or "racing heart?" Yes ☐ No ☐
   If yes, explain
6. Has there been a recent history of fatigue and unusual tiredness? Yes ☐ No ☐
7. Been hospitalized or had to go to the emergency room? Yes ☐ No ☐
   If yes, explain in detail
8. Since the last physical examination, has there been a sudden death in the family or has any member of the family under age 50 had a heart attack or "heart trouble?" Yes ☐ No ☐
9. Started or stopped taking any over-the-counter or prescribed medications? Yes ☐ No ☐
10. Been diagnosed with Coronavirus (COVID-19)? Yes ☐ No ☐
    If diagnosed with Coronavirus (COVID-19), was your son/daughter symptomatic? Yes ☐ No ☐
    If diagnosed with Coronavirus (COVID-19), was your son/daughter hospitalized? Yes ☐ No ☐
11. Has any member of the student-athlete's household been diagnosed with Coronavirus (COVID-19)? Yes ☐ No ☐

Date: _____ Signature of parent/guardian: _____

Please Return Completed Form to the School Nurse's Office

Cuestionario de actualización del historial médico del Departamento de Educación de Nueva Jersey

Nombre de Escuela: _____

Para participar en un equipo o escuadrón atlético interescolar o intramuros patrocinado por la escuela, cada estudiante cuyo examen físico se completó más de 90 días antes del primer día de práctica oficial deberá proporcionar un cuestionario de actualización del historial médico completado y firmado por el padre o tutor del estudiante.

Estudiante:_____Edad: _____Grado: _____

Fecha del último examen físico: _____ Deporte: _____

Desde el último examen físico previo a la participación, ¿su hijo / a:

1. ¿Se le ha recomendado médicamente que no participe en un deporte? Si ☐ No ☐

   En caso afirmativo, describa en detalle:

2. ¿Ha sufrido una conmoción cerebral, ha estado inconsciente o ha perdido la memoria por un golpe en la cabeza? Si ☐ No ☐

   En caso afirmativo, explique en detalle:

3. ¿Se ha roto un hueso o se ha torcido / dislocado / dislocado algún músculo o articulación?

   Si ☐ No ☐

   En caso afirmativo, describa en detalle:

4. ¿Desmayado? Si ☐ No ☐

   ¿En caso afirmativo, fue durante o inmediatamente después del ejercicio?

5. ¿Dolor en el pecho, dificultad respiratoria o "corazón acelerado?" Sí ☐ No ☐
   En caso afirmativo, describa:

6. ¿Ha habido antecedentes recientes de fatiga y cansancio inusual? Sí ☐ No ☐

7. ¿Ha sido hospitalizado o ha tenido que ir a urgencias? Si ☐ No ☐
   Si es sí, explíquelo en detalle:

8. Desde el último examen físico, ¿ha habido una muerte súbita en la familia o algún miembro de la familia menor de 50 años ha tenido un ataque cardíaco o "problemas cardíacos"? Sí ■ No ☐

9. ¿Comenzó o dejó de tomar algún medicamento recetado o de venta libre? Sí ☐ No ☐

10. ¿Le han diagnosticado Coronavirus (COVID-19)? Sí ☐ No ☐

    Si se le diagnosticó Coronavirus (COVID-19), ¿su hijo/a tuvo síntomas? Sí ☐ No ☐

    Si le diagnosticaron Coronavirus (COVID-19), ¿fue hospitalizado su hijo/a? Sí ☐ No ☐

Fecha: _____ Firma del padre / tutor: _____

Devuelva el formulario completo a la enfermería de la escuela.