



Waller ISD Athletic Department

31213 Waller Spring Creek

Waller, Texas 77484

936.372.3654

www.wallerisd.net

Dear Families,

An **annual physical exam and acknowledgment forms are REQUIRED** for your child to participate in athletics (7th-12th), band (9th-12th), dance (9th-12th), and/or cheer (7th-12th) during the 2026-2027 school year. The required forms are attached to this letter or are available online at Rank One <https://wisd.fyi/athleticforms>. The following forms **MUST** be completed and submitted to the WISD Athletic Department by Wednesday, May 13:

- Waller ISD Athletics Pre-Participation
- Emergency Medical Information & Consent
- Pre-Participation Medical History - *Requires medical exam - NO OTHER physical examination form will be accepted as per UIL rules. This is the ONLY form that MUST be a paper copy. It MUST be completed and returned to the athletic training staff by Wednesday, May 13, 2026.*
- Special Medical Information
- Parent/Guardian Consent

In addition, if your child has asthma, a history of seizures, or other condition(s) that could require medication at school or during a school-related event, please be sure you have completed the applicable forms available on Rank One, from Doc Aguilar, or the school nurse.

On Thursday, May 7, from 2:45-6:45 p.m., WISD's Athletics Department will offer low-cost athletic physicals at WHS in partnership with Houston Methodist. The cost of the athletic physical is \$20, and optional electrocardiograms (ECGs) are available for \$20. Payments must be made online at <https://wisd.fyi/payphysicals2026>. An ECG is not required for participation, but it provides an extra layer of detection and prevention for your child's health. *If you do not attend on May 7, please know that you must make arrangements for a medical professional to complete your child's athletics physical no later than May 13, 2026.*

May 7 LOW-COST PHYSICALS & ECGS INFORMATION

- Ensure payment has been made online at <https://wisd.fyi/payphysicals2026>.
- Check in at the WHS Competition Gym Lobby 2:45-6:45 p.m.
- Walk-in only; no appointments available. Thank you for your patience as we work to care for all our participants. Please be aware that wait times will vary.
- Ensure your child wears comfortable clothes, including shorts and a t-shirt, and brings their glasses or wears contacts if necessary.
- Do NOT allow participants to exercise immediately before attending the physical.
- A parent/guardian does not need to be present with the student as long as the forms are completed.
- Complete the forms listed above.
- Complete Methodist Consent Form (attached - paper only)
- Optional - Complete Electrocardiogram Consent and Release of Liability (attached - paper only)

If you have any questions regarding the physicals or the required forms for your child to participate in athletics, band, cheer, or dance during the 2026-2027 school year, please contact Christopher "Doc" Aguilar at 936.372.3654 or by email at caguilar@wallerisd.net.

Sincerely,
Waller ISD Athletics



Waller ISD Athletic Department

31213 Waller Spring Creek

Waller, Texas 77484

936.372.3654

www.wallerisd.net

Estimadas Familias,

Se requiere un examen físico anual y formularios de consentimiento para que su hijo pueda participar en atletismo (grados 7 al 12), banda (9 al 12), danza (9 al 12) y / o porristas (7 al 12) de Waller ISD (WISD) durante el año escolar 2026-2027. Los formularios requeridos se adjuntan a esta carta o están disponibles en línea en Rank One <https://wisd.fyi/athleticforms>. Los siguientes formularios DEBEN completarse y entregarse al Departamento de Atletismo de WISD a más tardar el miércoles 13 de mayo:

- Participación en Atletismo de Waller ISD
- Información y Consentimiento Médico de Emergencia
- Historial Médico Previo a la Participación - *Requiere examen médico - NO se aceptará NINGÚN OTRO formulario de examen físico conforme a las reglas de UIL. Este es el ÚNICO formulario que DEBE entregarse en copia impresa. Puede completarse durante el evento físico patrocinado por la escuela o con su propio proveedor médico. Esta forma DEBE completarse y entregarse al personal de entrenamiento atlético a más tardar el 13 de mayo de 2026.*
- Información Médica Especial
- Consentimiento del Padre/Guardián

Además, si su hijo tiene asma, antecedentes de convulsiones u otras condiciones que podrían requerir medicamento en la escuela o durante un evento relacionado con la escuela, asegúrese de haber completado los formularios correspondientes disponibles en Rank One, con Doc. Aguilar, o con la enfermera de la escuela.

El jueves 7 de mayo, de las 2:45 p.m. - 6:45 p.m., el Departamento de Atletismo de WISD, en colaboración con Houston Methodist, ofrecerá exámenes físicos de bajo costo en WHS. El costo del examen físico atlético es de \$20 y electrocardiogramas (ECG) opcionales se ofrecerán por \$20 adicionales. Los pagos deben hacerse en línea: <https://wisd.fyi/payphysicals2026>. No se requiere un ECG para participar, pero proporciona un nivel adicional de detección y prevención para la salud de su hijo. *Si no asiste el 7 de mayo, deberán hacer los arreglos necesarios para que un profesional médico complete el examen físico de su hijo a más tardar el 13 de mayo 2026.*

Mayo 7 - INFORMACIÓN SOBRE EXÁMENES FÍSICOS Y ECG DE BAJO COSTO

- Asegúrese de que el pago se haya realizado en línea en <https://wisd.fyi/payphysicals2026>.
- Regístrese en el Vestíbulo del Gimnasio de Competencias de WHS de 2:45-6:45 p.m.
- Solo sin cita previa; no hay citas disponibles; gracias por su paciencia mientras trabajamos para atender a todos nuestros participantes. Tenga en cuenta que los tiempos de espera variarán.
- Asegúrese de que su hijo use ropa cómoda, incluyendo pantalones cortos y una camiseta y que traiga sus anteojos o use lentes de contacto si es necesario.
- NO permita que los participantes hagan ejercicio inmediatamente antes de asistir al examen físico.
- No es necesario que un padre/tutor esté presente con el estudiante siempre y cuando las formas estén completas.
- Complete los formularios mencionados anteriormente.
- Complete la forma de Consentimiento de Methodist (adjunto - solo en papel)
- Opcional: Complete el Consentimiento y Descargo de Responsabilidad para Electrocardiograma (adjunto - solo en papel)

Si tiene alguna pregunta sobre los exámenes físicos o las formas requeridas para que su hijo participe en atletismo, banda, porristas o danza durante el año escolar 2026-27, comuníquese con Christopher "Doc" Aguilar al 936.372.3654 o por correo electrónico en caguilar@wallerisd.net.

Atentamente,
Atletismo de Waller ISD

Please Print in Box

School: _____

Student Name: _____

**Confirmation of Understanding of Limited Scope and Purpose of the
Extra-Curricular/Co-Curricular Pre-Participation Physical Exams**

I, _____, (Print Parent/Legal Guardian Name) am aware that my child/ward,
_____ (Print Child's Name), will attend an event providing pre-participation physical exams for
student athletes at _____ on _____, _____, 20____ ("the event"). The event is sponsored and provided by
Houston Methodist ("Houston Methodist") for the sole purpose of clearing students for participation in extra-curricular/co-
curricular programs. The screening physical exam will be performed by volunteer healthcare providers. By signing this form, I
am confirming I understand and agree to the following:

- **I consent to the extra-curricular/co-curricular physical exam for the above-named child.**
- This is **NOT** a comprehensive physical exam and should not take the place of routine medical care; I understand that this is a **screening physical for clearance for participation in extra-curricular/co-curricular activities ONLY**;
- Any patient-physician relationship created during the event will terminate immediately upon completion of the screening physical;
- I understand that my child may need additional testing before he/she can be cleared for participation in athletic activities and it is my sole responsibility to obtain such additional testing or medical care; I understand that if it is determined that my child needs additional medical treatment; I will be notified of any such recommendation. I understand that a limited number of non-invasive tests may be available and performed at the event for my convenience; **I consent to any and all additional non-invasive testing as deemed necessary by the screening physician during the event without notification to me prior to the testing**;
- I consent to the release of the results of my child's physical screening exam to his or her school (including a coach, athletic trainer, teacher or administrator) present at the event. This consent is valid for 180 days and I understand that I may revoke this consent at any time. I understand that the information released may not be protected under the law once it is disclosed and may be subject to re-disclosure by the Recipient.

Parent/Guardian's Signature

Date

RELEASE FROM LIABILITY AND INDEMNIFICATION

I hereby release, waive, discharge and covenant not to sue Houston Methodist and its subsidiaries, officers, directors, trustees, employees, agents and affiliated companies from any and all liability, claims, demands, actions and causes of action whatsoever arising out of or related to any loss, damage, or injury, including death, that may be caused by or related to my child's participation or presence at the extra-curricular/co-curricular Physical Examination Event.

I acknowledge that I have read and understand the foregoing Release and that my signature below acknowledges the statements made in the Release.

Parent/Guardian's Signature

Date

Print Name: _____



STAY CONNECTED

Scan the **QR code** or visit **houstonmethodist.org/subscribe** to stay connected with Houston Methodist on upcoming events, health tips and newsletters.

This **MEDICAL HISTORY FORM** must be completed **annually** by parent (or guardian) and student in order for the student to participate in activities. These questions are designed to determine if the student has developed any condition which would make it hazardous to participate in an event.

Student's Name: (print) _____ Sex _____ Age _____ Date of Birth _____
Address _____ Phone _____
Grade _____ School _____
Personal Physician _____ Phone _____

In case of emergency, contact:

Name _____ Relationship _____ Phone (H) _____ (W) _____

Explain "Yes" answers in the box below**. Circle questions you don't know the answers to.

	Yes	No		Yes	No
1. Have you had a medical illness or injury since your last check up or physical?	☐	☐	13. Have you ever gotten unexpectedly short of breath with exercise?	☐	☐
2. Have you been hospitalized overnight in the past year?	☐	☐	Do you have asthma?	☐	☐
Have you ever had surgery?	☐	☐	Do you have seasonal allergies that require medical treatment?	☐	☐
3. Have you ever had prior testing for the heart ordered by a physician?	☐	☐	14. Do you use any special protective or corrective equipment or devices that aren't usually used for your activity or position (for example, knee brace, special neck roll, foot orthotics, retainer on your teeth, hearing aid)?	☐	☐
Have you ever passed out during or after exercise?	☐	☐	15. Have you ever had a sprain, strain, or swelling after injury?	☐	☐
Have you ever had chest pain during or after exercise?	☐	☐	Have you broken or fractured any bones or dislocated any joints?	☐	☐
Do you get tired more quickly than your friends do during exercise?	☐	☐	Have you had any other problems with pain or swelling in muscles, tendons, bones, or joints?	☐	☐
Have you ever had racing of your heart or skipped heartbeats?	☐	☐	If yes, check appropriate box and explain below:		
Have you had high blood pressure or high cholesterol?	☐	☐	☐ Head	☐ Elbow	☐ Hip
Have you ever been told you have a heart murmur?	☐	☐	☐ Neck	☐ Forearm	☐ Thigh
Has any family member or relative died of heart problems or of sudden unexplained death before age 50?	☐	☐	☐ Back	☐ Wrist	☐ Knee
Has any family member been diagnosed with enlarged heart, (dilated cardiomyopathy), hypertrophic cardiomyopathy, long QT syndrome or other ion channelopathy (Brugada syndrome, etc), Marfan's syndrome, or abnormal heart rhythm?	☐	☐	☐ Chest	☐ Hand	☐ Shin/Calf
Have you had a severe viral infection (for example, myocarditis or mononucleosis) within the last month?	☐	☐	☐ Shoulder	☐ Finger	☐ Ankle
Has a physician ever denied or restricted your participation in activities for any heart problems?	☐	☐	☐ Upper Arm	☐ Foot	
4. Have you ever had a head injury or concussion?	☐	☐	16. Do you want to weigh more or less than you do now?	☐	☐
Have you ever been knocked out, become unconscious, or lost your memory?	☐	☐	17. Do you feel stressed out?	☐	☐
If yes, how many times? _____			18. Have you ever been diagnosed with or treated for sickle cell trait or sickle cell disease?	☐	☐
When was your last concussion? _____			Females Only ☐ I choose not to provide written information on Question 19 but will discuss with a medical professional:		
How severe was each one? (Explain below)			19. When was your first menstrual period? _____		
Have you ever had a seizure?	☐	☐	When was your most recent menstrual period? _____		
Do you have frequent or severe headaches?	☐	☐	How much time do you usually have from the start of one period to the start of another? _____		
Have you ever had numbness or tingling in your arms, hands, legs or feet?	☐	☐	How many periods have you had in the last year? _____		
Have you ever had a stinger, burner, or pinched nerve?	☐	☐	What was the longest time between periods in the last year? _____		
5. Are you missing any paired organs?	☐	☐	Males Only ☐ I choose not to provide written information on Question 20 but will discuss with a medical professional:		
6. Are you under a doctor's care?	☐	☐	20. Are you missing a testicle? _____		
7. Are you currently taking any prescription or non-prescription (over-the-counter) medication or pills or using an inhaler?	☐	☐	Do you have any testicular swelling or masses? _____		
8. Do you have any allergies (for example, to pollen, medicine, food, or stinging insects)?	☐	☐	☐ OPTIONAL: An electrocardiogram (ECG) is not required. By marking this box, I choose to obtain an ECG for my student. I understand it is the responsibility of my family to schedule and pay for such an ECG. I have read and understood the information about cardiac screening on the UIL Sudden Cardiac Arrest Awareness Form.		
9. Have you ever been dizzy during or after exercise?	☐	☐	EXPLAIN 'YES' ANSWERS IN THE BOX BELOW (attach another sheet if necessary):		
10. Do you have any current skin problems (for example, itching, rashes, acne, warts, fungus, or blisters)?	☐	☐			
11. Have you ever become ill from exercising in the heat?	☐	☐			
12. Have you had any problems with your eyes or vision?	☐	☐			

It is understood that even though protective equipment is worn by athletes, whenever needed, the possibility of an accident still remains. Neither the University Interscholastic League nor the school assumes any responsibility in case an accident occurs.

If, in the judgment of any representative of the school, the above student should need immediate care and treatment as a result of any injury or sickness, I do hereby request, authorize, and consent to such care and treatment as may be given said student by any physician, athletic trainer, nurse or school representative. I do hereby agree to indemnify and save harmless the school and any school or hospital representative from any claim by any person on account of such care and treatment of said student.

If, between this date and the beginning of participation, any illness or injury should occur that may limit this student's participation, I agree to notify the school authorities of such illness or injury.

I hereby state that, to the best of my knowledge, my answers to the above questions are complete and correct. Failure to provide truthful responses could subject the student in question to penalties determined by the UIL

Student Signature: _____ Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Any Yes answer to questions 1, 2, 3, 4, 5, or 6 requires further medical evaluation which may include a physical examination. Written clearance from a physician, physician assistant, chiropractor, or nurse practitioner is required before any participation in UIL practices, games or matches. **THIS FORM MUST BE ON FILE PRIOR TO PARTICIPATION IN ANY PRACTICE, SCRIMMAGE, PERFORMANCE OR CONTEST BEFORE, DURING OR AFTER SCHOOL.**

For School Use Only:

This Medical History Form was reviewed by: Printed Name _____ Date _____ Signature _____

Student ID # _____

Grade for 26-27 _____

2026-2027

PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION -- PHYSICAL EXAMINATION

Student's Name _____ Sex _____ Age _____ Date of Birth _____

Height _____ Weight _____ % Body fat (optional) _____ Pulse _____ BP ____/____ (____/____, ____/____)
brachial blood pressure while sitting

Vision: R 20/____ L 20/____

Corrected: ☐ Y ☐ NPupils: ☐ Equal ☐ Unequal

As a minimum requirement, this **Physical Examination Form** must be completed prior to junior high participation and again prior to first and third years of high school participation. It **must** be completed if there are yes answers to specific questions on the student's MEDICAL HISTORY FORM on the reverse side. * **Local district policy may require an annual physical exam.**

	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS	INITIALS*
MEDICAL			
Appearance			
Eyes/Ears/Nose/Throat			
Lymph Nodes			
Heart-Auscultation of the heart in the supine position.			
Heart-Auscultation of the heart in the standing position.			
Heart-Lower extremity pulses			
Pulses			
Lungs			
Abdomen			
Genitalia (males only) if indicated			
Skin			
Marfan's stigmata (arachnodactyly, pectus excavatum, joint hypermobility, scoliosis)			

Neck			
Back			
Shoulder/Arm			
Elbow/Forearm			
Wrist/Hand			
Hip/Thigh			
Knee			
Leg/Ankle			
Foot			

*station-based examination only

CLEARANCE☐ Cleared☐ Cleared after completing evaluation/rehabilitation for: _____☐ Not cleared for: _____ Reason: _____

Recommendations: _____

The following information must be filled in and signed by either a Physician, a Physician Assistant licensed by a State Board of Physician Assistant Examiners, a Registered Nurse recognized as an Advanced Practice Nurse by the Board of Nurse Examiners, or a Doctor of Chiropractic. Examination forms signed by any other health care practitioner, will not be accepted.

Name (print/type) _____ Date of Examination: _____

Address: _____

Phone Number: _____

Signature: _____

Must be completed before a student participates in any practice, before, during or after school, (both in-season and out-of-season) or performance/games/matches.

EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN: HISTORIAL MÉDICO

El padre (o tutor) y el estudiante deben completar este **FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO** *cada año* para que el estudiante pueda participar en las actividades. Estas preguntas están diseñadas para determinar si el estudiante ha desarrollado alguna condición que haga que su participación en un evento sea riesgosa.

Nombre del estudiante: (letra imprenta) _____ Sexo: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Grado: _____ Escuela: _____
Médico personal _____ Teléfono: _____

En caso de emergencia, comuníquese con:

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: (C) _____ (T) _____

	Sí	No		Sí	No
1. ¿Ha tenido una enfermedad o lesión desde su última revisión médica o examen físico?	☐	☐	13. ¿Alguna vez le ha faltado el aire de manera inesperada mientras hacía ejercicio?	☐	☐
2. ¿Ha estado hospitalizado durante al menos una noche en el último año?	☐	☒	¿Tiene asma?	☐	☐
3. ¿Alguna vez se ha sometido a una cirugía?	☐	☐	¿Tiene alergias estacionales que requieren un tratamiento médico?	☐	☐
3. ¿Alguna vez un médico le ha solicitado que se realice pruebas cardíacas previas?	☐	☐	14. ¿Utiliza algún equipo correctivo o de protección especial, o dispositivos que no suelen utilizarse para su actividad o posición (por ejemplo, rodilleras, un rollo especial para el cuello, aparatos ortopédicos para los pies, retenedores en los dientes o audífonos)?	☐	☒
¿Alguna vez se ha desmayado mientras hacía ejercicio o después de hacerlo?	☐	☐	¿Alguna vez ha tenido un esguince, distensión o hinchazón después de una lesión? ¿Se ha roto o fracturado algún hueso, o dislocado alguna articulación?	☐	☐
¿Alguna vez ha experimentado un dolor en el pecho mientras hacía ejercicio o después de hacerlo?	☐	☐	15. ¿Ha tenido algún otro problema de dolor o hinchazón en los músculos, tendones, huesos o articulaciones?	☐	☐
¿Se cansa más rápido que sus amigos durante el ejercicio?	☐	☐	En caso afirmativo, marque la casilla correspondiente y explique en el cuadro de abajo:		
¿Alguna vez ha tenido latidos cardíacos acelerados o interrumpidos? ¿Ha tenido presión arterial alta o colesterol alto?	☐	☐	☐ Cabeza	☐ Codo	☐ Pie
¿Alguna vez le han dicho que tiene un soplo cardíaco?	☐	☐	☐ Cuello	☐ Antebrazo	☐ Muslo
¿Algún miembro de su familia o pariente ha muerto por problemas cardíacos o por muerte súbita e inesperada antes de los 50 años?	☐	☐	☐ Espalda	☐ Muñeca	☐ Rodilla
¿Algún miembro de su familia tiene un diagnóstico de agrandamiento del corazón (miocardiopatía dilatada), miocardiopatía hipertrófica, síndrome del QT largo u otra canalopatía iónica (como el síndrome de Brugada, entre otros), síndrome de Marfan o ritmo cardíaco anormal?	☐	☐	☐ Pecho	☐ Mano	☐ Tobillo
¿Ha tenido una infección viral grave (por ejemplo, miocarditis o mononucleosis) en el último mes?	☐	☐	☐ Hombro	☐ Canilla/Pantorrilla	☐ Dedo
¿Alguna vez un médico le ha negado o restringido su participación en actividades debido a un problema cardíaco?	☐	☐	☐ Brazo		
4. ¿Alguna vez ha sufrido una lesión en la cabeza o una conmoción cerebral?	☐	☐	16. ¿Quiere pesar más o menos de lo que pesa ahora?	☐	☐
¿Alguna vez lo han noqueado, ha quedado inconsciente o ha perdido la memoria?	☐	☐	17. ¿Se siente estresado?	☐	☐
En caso afirmativo, ¿cuántas veces? _____			18. ¿Alguna vez le han diagnosticado o ha recibido tratamiento para el rasgo de células falciformes o la enfermedad de células falciformes?	☐	☐
¿Cuándo fue su última conmoción cerebral? _____			<i>Solo mujeres</i> Elijo no proporcionar información escrita sobre la Pregunta 19, pero discutiré con un profesional médico ☐		
¿Qué tan severa fue cada una? (Explique en el cuadro de abajo)	☐	☐	19. ¿Cuándo tuvo su primer período menstrual? _____ con un profesional médico		
¿Alguna vez ha convulsionado?	☐	☐	¿Cuándo tuvo su período menstrual más reciente? _____		
¿Tiene dolores de cabeza frecuentes o intensos? ¿Alguna vez ha sentido entumecimiento u hormigueo en los brazos, manos, piernas o pies?	☐	☐	¿Cuánto tiempo suele pasar desde el inicio de un período hasta el inicio del otro? _____		
¿Alguna vez ha tenido un nervio oprimido, irritado o pinzado?	☐	☐	¿Cuántos períodos ha tenido en el último año? _____		
5. ¿Le falta algún órgano par?	☐	☐	¿Cuál fue el tiempo más largo que pasó entre un período y el otro en el último año?		
6. ¿Se encuentra bajo el cuidado de un médico?	☐	☐	<i>Solo hombres</i> Elijo no proporcionar información escrita sobre la Pregunta 20, pero discutiré con un profesional médico ☐		
7. ¿En la actualidad, toma algún medicamento o píldora con receta médica o sin ella (de venta libre). o utiliza un inhalador?	☐	☐	20. ¿Tiene dos testículos? _____		
8. ¿Tiene alguna alergia (por ejemplo, al polen, a medicamentos, alimentos o insectos que pican)?	☐	☐	Tiene hinchazón o masas en los testículos? _____		
9. ¿Alguna vez se ha mareado mientras hacía ejercicio o después de hacerlo?	☐	☐			
10. ¿Tiene algún problema cutáneo actual (por ejemplo, picazón, sarpullidos, acné, verrugas, hongos o ampollas)?	☐	☐			
11. ¿Alguna vez se ha enfermado por hacer ejercicio en el calor?	☐	☐			
12. ¿Ha tenido algún problema con sus ojos o visión?	☐	☐			

OPCIONAL: No se requiere un electrocardiograma (ECG). Al marcar ☐ esta casilla, elijo obtener un ECG para mi estudiante. Entiendo que es responsabilidad de mi familia programar y pagar dicho ECG. He leído y comprendido la información sobre la evaluación cardíaca en el Formulario de Concientización sobre Paros Cardíacos Súbitos de la UIL.

EXPLIQUE SUS RESPUESTAS "SÍ" EN EL CUADRO DE ABAJO (adjunte otra hoja si es necesario)

Se entiende que, a pesar de que los atletas usan un equipo de protección siempre que es necesario, la posibilidad de un accidente sigue existiendo. Ni la Liga Interescolástica Universitaria ni la escuela asumen ninguna responsabilidad en caso de que ocurra un accidente.

Si, a juicio de cualquier representante de la escuela, el estudiante mencionado anteriormente necesitase atención y tratamiento inmediatos como resultado de cualquier lesión o enfermedad; por la presente solicito, autorizo y consiento que cualquier médico, entrenador deportivo, enfermero o representante de la escuela le provea tal atención y tratamiento a dicho estudiante. Por la presente acepto indemnizar y mantener indemne a la escuela y a cualquier representante de la escuela u hospital ante cualquier reclamo de cualquier persona a causa de tal atención y tratamiento de dicho estudiante.

Si, entre esta fecha y el comienzo de la participación, el estudiante manifestase alguna enfermedad o sufriera alguna lesión que pudiese limitar su participación, acepto notificar a las autoridades escolares sobre dicha enfermedad o lesión.

Por la presente declaro que, a mi leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas. No proporcionar respuestas veraces podría someter al estudiante en cuestión a las sanciones que determine la UIL.

Firma del alumno: _____ Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

Cualquier respuesta afirmativa a las preguntas 1, 2, 3, 4, 5 o 6 requiere una evaluación médica adicional que puede incluir un examen físico. Se requiere una autorización por escrito de un médico, asistente médico, quiropráctico o enfermero practicante antes de participar en prácticas, juegos o partidos de la UIL. ESTE FORMULARIO DEBE ESTAR EN EL ARCHIVO ANTES DE LA PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER ENTRENAMIENTO, PRÁCTICA, PRESENTACIÓN

Solo para uso de la escuela:

Este formulario de historial médico fue revisado por: Nombre en letra imprenta: _____ Fecha: _____ Firma: _____

Nombre del estudiante:_____ Sexo:_____ Edad:_____ Fecha de nacimiento:_____

Talla:_____ Peso:_____ Porcentaje de grasa corporal (opcional):_____ Pulso:_____ PA:____/____ (____/____, ____/____)

Presión arterial braquial mientras está sentado

Visión: D 20/_____ I 20/____ Corregida: ☐ Sí ☐ No Pupilas: ☐ Iguales ☐ Desiguales

Como requisito mínimo, este **formulario de examen físico** debe completarse antes de la participación en la escuela intermedia y otra vez antes del primer y tercer año de participación en la escuela secundaria. Asimismo, **debe** completarse si hay respuestas afirmativas a las preguntas específicas del FORMULARIO DEL HISTORIAL MÉDICO del estudiante que se encuentra en el reverso. *** La política del distrito local puede requerir un examen físico anual.**

	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES	INICIALES*
EXAMEN MÉDICO			
Apariencia			
Ojos/oídos/nariz/garganta			
Ganglios linfáticos			
Corazón: auscultación del corazón en posición supina			
Corazón: auscultación del corazón de pie			
Corazón: pulsos de las extremidades inferiores			
Pulsos			
Pulmones			
Abdomen			
Genitales (solo hombres) si está indicado			
Piel			
Estigmas de Marfan (aracnodactilia, pectus excavatum, hipermovilidad articular, escoliosis)			

EXAMEN MUSCULOESQUELÉTICO			
Cuello			
Espalda			
Hombro/brazo			
Codo/antebrazo			
Muñeca/mano			
Cadera/muslo			
Rodilla			
Pierna/tobillo			
Pie			

* Solo para los exámenes que se realizan en estaciones

AUTORIZACIÓN

☐ Autorizado

☐ Autorizado después de completar una evaluación o rehabilitación para:_____

☐ No autorizado para:_____ Razón:_____

Recomendaciones:_____

Un médico, un asistente médico que cuente con la autorización de una Junta del Estado de Examinadores Asistentes Médicos, un enfermero registrado que cuente con el reconocimiento de la Junta de Enfermeros Examinadores, como un enfermero de prácticas avanzado, o un doctor en Quiropráctica debe completar y firmar la siguiente información. No se aceptarán los formularios de examen que tengan la firma de cualquier otro médico.

Nombre (letra imprenta) _____ Fecha del examen:_____

Dirección:_____

Número de teléfono:_____

Firma:_____

Debe completarse antes de que un estudiante participe en cualquier práctica, antes, durante o después de la escuela (tanto durante la temporada como fuera de la temporada), o en cualquier presentación, juego o partido.



ELECTROCARDIOGRAM CONSENT FORM AND RELEASE OF LIABILITY

An electrocardiogram (ECG or EKG) screen can help identify young athletes who are at risk for Sudden Cardiac Arrest (SCA), a condition where death can result from an abrupt loss of heart function. An ECG screening may assist in diagnosing several different heart conditions that may contribute to SCA. **If your child is already under physician care for a heart-related condition, please do not participate in this screening. Your doctor's opinion and advice overrules a screening result.**

By signing below, I am either electing or declining an ECG screen provided by **Waller ISD** for my child. By electing to receive an ECG screen, I acknowledge the limitations of an ECG screen and that SCA or other cardiac events may still occur, despite this screening. I further acknowledge that students with an abnormal ECG will be required to undergo further testing (e.g. an echo or ultrasound) and/or a medical consultation prior to being released to resume participation for **Waller ISD** extracurricular activities, and I understand I will be financially responsible for that testing. By my signature below, I hereby release and forever discharge, and waive, any and all claims against **Waller ISD** and the Cody Stephens Go Big Or Go Home Memorial Foundation, their employees, trustees, consultants, volunteers and contractors that relate to my election regarding and/or my child's participation in the ECG screening. I authorize medical personnel to review the ECG results and interpret and use the same for diagnostic and aggregated statistical purposes in accordance with the Family Educational Rights and Privacy Act and Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996. In the event my child has an abnormal finding, I allow **Waller ISD** to provide a copy of this form to the Cody Stephens Foundation for informational contact purposes only.

☐

I DO hereby **CONSENT** to participation in the ECG screen on behalf of my minor child.

I understand that there is a \$20.00 charge. **NO CASH OR CHECKS, Online purchasing only**

<https://wisd.fyi/payphysicals2026>

☐

I DO NOT consent to participation in the ECG screen on behalf of my minor child.

Please help "Pay It Forward" with a donation so families can participate in this program in the future. I want to help "Pay It Forward." My donation is attached as cash or check payable to The Cody Stephens Foundation. Thank you for your generosity!

Parent/Guardian Name Printed

Date

Phone #

Signature

E-Mail address (please print legibly)

Participant Information

Student Last Name: _____ Student First Name: _____

Gender: _____ Race(s): _____

Birthdate _____/_____/_____

Has the student been diagnosed or tested positive for COVID-19 infection?

Has the student been exposed to someone who has COVID-19 infection in the last 14 days?

Weight: _____ Height: _____ Sport(s): _____ Grade: _____

Student Cardiac History (if any): _____

Family Cardiac History (if any): _____

Does the student currently take any of the following medications? (Mark all that apply):

ADD/ADHD _____ Asthma/inhaler _____ Beta Blockers _____ Heart-related _____ Seizure _____

For more information about Cody's story, the foundation formed in his name, or heart screening in general, see
www.codystephensfoundation.org



ELECTROCARDIOGRAM CONSENT FORM AND RELEASE OF LIABILITY

Thank you for participating in this important heart screening!

During the screening, you will be asked the following questions. Please be sure to ask the screening staff or volunteers if you have any questions or concerns about answering them.

- | | | |
|---|-----|----|
| ☐ Have you ever experienced chest pain or discomfort with exercise? | Yes | No |
| ☐ Have you ever passed out or nearly passed out? | Yes | No |
| ☐ Have you ever had excessive shortness of breath or fatigue with exercise? | Yes | No |
| ☐ Have you been told you have a heart murmur, even as a baby? | Yes | No |
| ☐ Have you had high blood pressure? | Yes | No |
| ☐ Does anyone in your family have genetic heart problems (WPW, Marfan Syndrome, HCM, Long QT, etc.) or heart arrhythmia problems (pacemaker, implanted defibrillator, etc.)? | Yes | No |
| ☐ Has anyone in your family under the age of 50 died suddenly or unexpectedly (including drowning, sudden infant death syndrome, etc.)? | Yes | No |
| ☐ Has anyone in your family under the age of 50 been disabled from heart disease? | Yes | No |
| ☐ Have you had a prior restriction from participating in sports <i>because of your heart</i> ? | Yes | No |
| ☐ Have you had a physician order a heart test for you? | Yes | No |
| ☐ Have you been exposed to someone who has tested positive to COVID-19? | Yes | No |



CONSENTIMIENTO PARA SOMETERSE A UN ELECTROCARDIOGRAMA Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD Waller ISD

Un electrocardiograma (ECG o EKG) puede ayudar a identificar a los jóvenes deportistas que estén en riesgo de sufrir un Paro Cardíaco Repentino (Sudden Cardiac Arrest, SCA), condición que puede tener como resultado la muerte debido a una abrupta pérdida de la función cardíaca. El electrocardiograma puede ayudar a diagnosticar varias condiciones cardíacas que pudieran causar paro cardíaco repentino.

Al firmar abajo, elijo o rechazo un electrocardiograma proveído por Waller ISD para mi hijo(a). Al elegir recibir un electrocardiograma, reconozco los límites del mismo y que un Paro Cardíaco Repentino u otra afección cardíaca aún podría ocurrir a pesar de este examen médico. Además, reconozco que a los estudiantes que obtengan un ECG anormal se les requerirá someterse a más revisiones (p. ej., un ecosonograma o ultrasonido) y/o una consulta médica antes de que se les permita reanudar su participación en actividades extracurriculares del distrito. Al firmar este consentimiento, por la presente exonero, renuncio y libero de toda responsabilidad a cualquier tipo reclamo contra la Fundación Cody Stephens Go Big Or Go Home Memorial (GBOGH) y a Waller ISD, empleados, miembros de la mesa directiva, asesores, voluntarios y contratistas relacionados con mi elección respecto a la participación de mi hijo(a) en un electrocardiograma. Autorizo al personal médico a que revise los resultados del ECG e interprete y utilice el mismo para propósitos de diagnóstico y estadísticas de acuerdo a la Ley de Privacidad y Derechos Educativos Familiares y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996.

☐ ACEPTO doy mi consentimiento, a nombre de mi hijo, su participación en un electrocardiograma. Entiendo que hay un cargo de \$20.00. Los pagos deben hacerse en línea: <https://wisd.fyi/payphysicals2026>.

☐ NO ACEPTO, a nombre de mi hijo, su participación en un electrocardiograma

Parent/Guardian Name Printed

Date

Phone #

Signature

E-Mail address (please print legibly)

Participant Information

Student Last Name: _____ Student First Name: _____

Gender: _____ Race(s): _____ Birthdate: ____/____/____

Has student been diagnosed or tested positive for COVID-19 infection? _____

Has student been exposed to someone who has COVID-19 infection in the last 14 days? _____

Weight: _____ Height: _____ Sport(s): _____ Grade: _____

Student Cardiac History (if any): _____

Family Cardiac History (if any): _____

Does student currently take any of the following medication? (Mark all that apply):

ADD/ADHD _____ Asthma/inhaler _____ Beta Blockers _____ Heart-related _____ Seizure _____

Thank you for participating in this important heart screening!



**CONSENTIMIENTO PARA SOMETERSE A UN
ELECTROCARDIOGRAMA Y LIBERACIÓN DE
RESPONSABILIDAD
Waller ISD**

Durante la revisión, se le pedirá contestar las siguientes preguntas. Por favor asegúrese de solicitar al personal o voluntarios responder alguna pregunta o inquietud que tenga.

- ¿Alguna vez ha sentido dolor en el pecho o malestar al hacer ejercicio?
- ¿Alguna vez se ha desmayado o casi se desmaya?
- ¿Alguna vez ha tenido dificultad para respirar o fatiga al hacer ejercicio?
- ¿Le han dicho que tiene un soplo cardíaco, incluso cuando era un bebé?
- ¿Ha sufrido presión arterial alta?
- ¿Alguien en su familia tiene problemas genéticos o de arritmia cardíaca?
- ¿Alguien en su familia menor de 50 años murió repentina o inesperadamente (incluyendo ahogamiento, síndrome de muerte súbita infantil, etc.)?
- ¿Alguien en su familia menor de 50 años ha sido incapacitado debido a una enfermedad cardíaca?
- ¿Ha tenido alguna restricción previa de participar en algún deporte debido a una afección cardíaca?
- ¿Alguna vez le ha pedido el médico someterse a un examen del corazón