



PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION (Page 1 of 4)

This medical history form should be retained by the healthcare provider and/or parent.
This form is valid for 365 calendar days from the date signed below.

1

Revised 4/24

MEDICAL HISTORY FORM

Student Information (to be completed by student and parent) *print legibly*

Student's Full Name: _____ Gender: _____ Age: _____ Date of Birth: ____/____/____
School: _____ Grade in School: _____ Sport(s): _____
Home Address: _____ City/State: _____ Home Phone: (____) _____
Name of Parent/Guardian: _____ E-mail: _____
Person to Contact in Case of Emergency: _____ Relationship to Student: _____
Emergency Contact Cell Phone: (____) _____ Work Phone: (____) _____ Other Phone: (____) _____
Family Healthcare Provider: _____ City/State: _____ Office Phone: (____) _____

List past and current medical conditions:

Have you ever had surgery? If yes, please list all surgical procedures and dates:

Medicines and supplements (please list all current prescription medications, over-the-counter medicines, and supplements (herbal and nutritional):

Do you have any allergies? If yes, please list all of your allergies (i.e., medicines, pollens, food, insects):

Patient Health Questionnaire version 4 (PHQ-4)

Over the past two weeks, how often have you been bothered by any of the following problems? (Circle response)

	Not at all	Several days	Over half of the days	Nearly everyday
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

GENERAL QUESTIONS		Yes	No
Explain "Yes" answers at the end of this form. Circle questions if you don't know the answer.			
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 illnesses?		
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?		

HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT YOU (continued)		Yes	No
8	Has a doctor ever requested a test for your heart? For example, electrocardiography (ECG) or echocardiography (ECHO)?		
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? (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?		



PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION (Page 2 of 4)
This medical history form should be retained by the healthcare provider and/or parent.
This form is valid for 365 calendar days from the date signed below.

2

Revised 4/24

Student's Full Name: _____ Date of Birth: ____/____/____ School: _____

BONE AND JOINT QUESTIONS		Yes	No
14	Have you ever had a stress fracture?		
15	Did you ever injure a bone, muscle, ligament, joint, or tendon that caused you to miss a practice or game?		
16	Do you have a bone, muscle, ligament, or joint injury that currently bothers you?		

MEDICAL QUESTIONS		Yes	No
17	Do you cough, wheeze, or have difficulty breathing during or after exercise or has a provider ever diagnosed you with asthma?		
18	Are you missing a kidney, an eye, a testicle, your spleen, or any other organ?		
19	Do you have groin or testicle pain or a painful bulge or hernia in the groin area?		
20	Do you have any recurring skin rashes or rashes that come and go, including herpes or methicillin-resistant staphylococcus aureus (MRSA)?		
21	Have you had a concussion or head injury that caused confusion, a prolonged headache, or memory problems?		
22	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?		
23	Have you ever become ill while exercising in the heat?		
24	Do you or does someone in your family have sickle cell trait or disease?		
25	Have you ever had or do you have any problems with your eyes or vision?		

MEDICAL QUESTIONS (continued)		Yes	No
26	Do you worry about your weight?		
27	Are you trying to or has anyone recommended that you gain or lose weight?		
28	Are you on a special diet or do you avoid certain types of foods or food groups?		
29	Have you ever had an eating disorder?		

Explain "Yes" answers here:

Participation in high school sports is not without risk. The student-athlete and parent/guardian acknowledge truthful answers to the above questions allows for a trained clinician to assess the individual student-athlete against risk factors associated with sports-related injuries and death. CHSAA bylaw 1780.1 states, "No pupil shall participate in formal practice or represent his/her/their school in interscholastic athletics until there is a statement on file with the principal or athletic director signed by his/her/their parents or legal guardian and a practitioner licensed in the United States to perform sports physicals certifying that: (a) he/she/they has passed an adequate physical examination within the past 365 calendar days; (b) that in the opinion of the examining licensed practitioner, he/she/they is physically fit to participate in high school athletics; and (c) that he/she/they has the consent of his/her/their parents or legal guardian to participate. This preparticipation physical evaluation shall be completed each year before participating in interscholastic athletic competition or engaging in any practice, tryout, workout, conditioning, or other physical activity, including activities that occur outside of the school year.

We hereby state, to the best of our knowledge, that our answers to the above questions are complete and correct. No pupil shall participate in formal practice or represent his/her/their school in interscholastic athletics until this form is completed in its entirety and page 4 is on file with the principal or athletic director signed by his/her/their parents or legal guardian and a practitioner licensed in the United States to perform sports physicals certifying that: (a) he/she/they has passed an adequate physical examination within the past 365 calendar days; (b) that in the opinion of the examining licensed practitioner, he/she/they is physically fit to participate in high school athletics. The CHSAA Sports Medicine Advisory Committee strongly recommends a medical evaluation with your healthcare provider for risk factors of sudden cardiac arrest which may include the special tests listed above.

Student-Athlete Name: _____ (printed) Student-Athlete Signature: _____ Date: ____/____/____

Parent/Guardian Name: _____ (printed) Parent/Guardian Signature: _____ Date: ____/____/____

Parent/Guardian Name: _____ (printed) Parent/Guardian Signature: _____ Date: ____/____/____



PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION (Page 3 of 4)
This medical history form should be retained by the healthcare provider and/or parent.
This form is valid for 365 calendar days from the date signed below.

3

Revised 4/24

PHYSICAL EXAMINATION FORM

Student's Full Name: _____ Date of Birth: ____/____/____ School: _____

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?	• During the past 30 days, did you use chewing tobacco, snuff, or dip?
• Have you ever taken any supplements to help you gain or lose weight or improve your performance?	
• Have you ever taken anabolic steroids or used any other performance-enhancing supplement?	

- ☐ Verify completion of Medical History (pages 1 and 2), review these medical history responses as part of your assessment.
Cardiovascular history/symptom questions include Q4-Q13 of Medical History form. *(check box if complete)*

EXAMINATION		
Height: _____	Weight: _____	
BP: ____/____ (____/____)	Pulse: _____	Vision: R 20/____ L 20/____ Corrected: Yes No
MEDICAL - healthcare professional shall initial each assessment	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 • Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and Valsalva maneuver)		
Lungs		
Abdomen		
Skin • Herpes Simplex Virus (HSV), lesions suggestive of Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus (MRSA), or tinea corporis		
Neurological		
MUSCULOSKELETAL - healthcare professional shall initial each assessment	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		

Name of Healthcare Professional (print or type): _____ Date of Exam: ____/____/____
Address: _____ Phone: (____) _____ E-mail: _____
Signature of Healthcare Professional: _____ Credentials: _____ License #: _____

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



PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION (Page 4 of 4)

SUBMIT THIS MEDICAL ELIGIBILITY FORM TO THE SCHOOL

This form is valid for 365 calendar days from the date signed below.

4

Revised 4/24

MEDICAL ELIGIBILITY FORM

Student Information (to be completed by student and parent) *print legibly*

Student's Full Name: _____ Gender: _____ Age: _____ Date of Birth: ____/____/____
School: _____ Grade in School: _____ Sport(s): _____
Home Address: _____ City/State: _____ Home Phone: (____) _____
Name of Parent/Guardian: _____ E-mail: _____
Person to Contact in Case of Emergency: _____ Relationship to Student: _____
Emergency Contact Cell Phone: (____) _____ Work Phone: (____) _____ Other Phone: (____) _____
Family Healthcare Provider: _____ City/State: _____ Office Phone: (____) _____

- ☐ Medically eligible for all sports without restriction
- ☐ Medically eligible for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment of: *(use additional sheet, if necessary)*
- _____
- ☐ Medically eligible for only certain sports as listed below:
- _____

☐ Not medically eligible for any sports

Recommendations: *(use additional sheet, if necessary)*

I hereby certify that I have examined the above-named student-athlete using the CHSAA Preparticipation Physical Evaluation and have provided the conclusion(s) listed above. A copy of the exam has been retained and can be accessed by the parent as requested. Any injury or other medical conditions that arise after the date of this medical clearance should be properly evaluated, diagnosed, and treated by an appropriate healthcare professional prior to participation in activities.

Name of Healthcare Professional (print or type): _____ Date of Exam: ____/____/____
Address: _____ Phone: (____) _____
Signature of Healthcare Professional: _____ Credentials: _____ License #: _____

SHARED EMERGENCY INFORMATION - completed at the time of assessment by practitioner and parent

- ☐ Check this box if there is no relevant medical history to share related to participation in competitive sports.

Provider Stamp *(if required by school)*

Medications: *(use additional sheet, if necessary)*

List: _____

Relevant medical history to be reviewed by athletic trainer/team physician: *(explain below, use additional sheet, if necessary)*

- ☐ Allergies ☐ Asthma ☐ Cardiac/Heart ☐ Concussion ☐ Diabetes ☐ Heat Illness ☐ Orthopedic ☐ Surgical History ☐ Sickle Cell Trait ☐ Mental Health

Explain: _____

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

We hereby state, to the best of our knowledge the information recorded on this form is complete and correct.

This form is not considered valid unless all sections are complete.



EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (Página 1 de 4)
Este formulario de historia clínica debe ser conservado por el proveedor de atención médica y/o los padres. El documento tiene una validez de 365 días a partir de la fecha de firma que se indica a continuación.

1

Revisado 4/24

FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA

Información de Estudiante (a ser completada por el estudiante y los padres) *en letra de imprenta legible*

Nombre completo del estudiante: _____ Género: _____ Edad: _____
Fecha de nacimiento: ____/____/____ Escuela: _____ Grado en la escuela: Deporte(s): _____
Domicilio: _____ Ciudad/Estado: _____ Numero de teléfono: (____) _____
Nombre del Padre/Tutor: _____ Correo electrónico: _____
Persona de contacto en caso de emergencia: _____ Relación con el estudiante: _____
Teléfono celular de contacto de emergencia: (____) _____ Teléfono del trabajo: (____) _____ Otro teléfono: (____) _____
Proveedor de atención médica familiar: _____ Ciudad/Estado: _____ Teléfono de la oficina: (____) _____

Enumere las condiciones médicas pasadas y actuales:

¿Alguna vez te has sometido a una cirugía? En caso afirmativo, enumere todos los procedimientos quirúrgicos y las fechas:

Medicamentos y suplementos (enumere todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y suplementos (a base de hierbas y nutricionales) actuales):

¿Tienes alguna alergia? En caso afirmativo, enumere todas sus alergias (es decir, medicamentos, polen, alimentos, insectos):

Cuestionario de Salud del Paciente versión 4 (PHQ-4)

En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas? (Respuesta en círculo)

	No del todo	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Sentirse nervioso o ansioso	0	1	2	3
No ser capaz de detener o controlar la preocupación	0	1	2	3
Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
Sentirse deprimido o desesperanzado	0	1	2	3

PREGUNTAS GENERALES		Sí	No	PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDÍACA (continuación)		Sí	No
1	¿Tiene alguna inquietud que le gustaría discutir con su proveedor?			8	¿Alguna vez un médico ha solicitado una prueba para su corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía (ECHO)?		
2	¿Alguna vez un proveedor le ha negado o restringido su participación en deportes por cualquier motivo?			9	¿Te sientes mareado o te falta el aire que tus amigos durante el ejercicio?		
3	¿Tiene algún problema médico en curso o enfermedad reciente?			10	¿Alguna vez has tenido una convulsión?		
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDÍACA		Sí	No	PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDÍACA DE SU FAMILIA		Sí	No
4	¿Alguna vez te has desmayado o casi te has desmayado durante o después de ejercicio?			11	¿Algún miembro de la familia o pariente ha muerto de problemas cardíacos o ha tenido una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 35 años? (incluyendo ahogamiento o accidente automovilístico inexplicable)		
5	¿Alguna vez ha tenido molestias, dolor, opresión o presión en el pecho durante el ejercicio?			12	¿Alguien en tu familia tiene un problema cardíaco genético, como miocardiopatía hipertrófica (MCH), síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (MAVD), síndrome de QT largo (SQTL), síndrome de QT corto (SQTS), síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?		
6	¿Alguna vez tu corazón se acelera, revolotea en tu pecho o se salta latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?			13	¿Alguien en su familia ha tenido un marcapasos o un implante? ¿Desfibrilador antes de los 35 años?		
7	¿Alguna vez un médico le ha dicho que tiene algún problema cardíaco?						



EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (Página 2 de 4)

Este formulario de historia clínica debe ser conservado por el proveedor de atención médica y/o los padres. El documento tiene una validez de 365 días a partir de la fecha de firma que se indica a continuación.

2

Revisado 4/24

Nombre completo del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: / / Escuela: _____

PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES		Sí	No
14	¿Alguna vez has tenido una fractura por estrés?		
15	¿Alguna vez se lesionó un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón? ¿Qué te hizo perderte una práctica o un partido?		
16	¿Tiene una lesión en los huesos, músculos, ligamentos o articulaciones que actualmente le molesta?		

PREGUNTAS MÉDICAS		Sí	No
17	¿Tose, tiene sibilancias o dificultad para respirar durante o después del ejercicio, o alguna vez un proveedor le ha diagnosticado asma?		
18	¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo, el bazo o cualquier otro otro órgano?		
19	¿Tiene dolor en la ingle o los testículos, o una protuberancia o hernia dolorosa? ¿En la zona de la ingle?		
20	¿Tienes erupciones cutáneas recurrentes o erupciones cutáneas que aparecen y desaparecen, como herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (SARM)?		
21	¿Ha tenido una conmoción cerebral o una lesión en la cabeza que le causó confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
22	¿Alguna vez ha tenido entumecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o las piernas, o no ha podido mover los brazos o las piernas después de recibir un golpe o una caída?		
23	¿Alguna vez te has enfermado mientras hacías ejercicio en el calor?		
24	¿Usted o alguien de su familia tiene el rasgo o la enfermedad de células falciformes?		
25	¿Alguna vez has tenido o tienes algún problema con los ojos o la visión?		

PREGUNTAS MÉDICAS (continuación)		Sí	No
26	¿Te preocupa tu peso?		
27	¿Está tratando o alguien le ha recomendado que aumente o pierda peso?		
28	¿Sigues una dieta especial o evitas ciertos tipos de alimentos o grupos de alimentos?		
29	¿Alguna vez has tenido un trastorno alimentario?		

Explique las respuestas afirmativas aquí:

La participación en deportes en la escuela secundaria no está exenta de riesgos. El estudiante-atleta y el padre/tutor reconocen que las respuestas veraces a las preguntas anteriores permiten que un médico capacitado evalúe al estudiante-atleta individual contra los factores de riesgo asociados con las lesiones y la muerte relacionadas con el deporte. El estatuto 1780.1 de CHSAA establece: "Ningún alumno participará en la práctica formal o representará a su escuela en atletismo interescolar hasta que haya una declaración en el archivo con el director o director atlético firmada por sus padres o tutor legal y un practicante con licencia en los Estados Unidos para realizar exámenes físicos deportivos que certifique que: (a) ha pasado un examen físico adecuado en los últimos 365 días calendario; (b) que, en opinión del practicante con licencia examinador, él/ella/ellos están físicamente aptos para participar en el atletismo de la escuela secundaria; y (c) que tiene el consentimiento de sus padres o tutor legal para participar. Esta evaluación física previa a la participación se completará cada año antes de participar en una competencia atlética interescolar o participar en cualquier práctica, prueba, entrenamiento, acondicionamiento u otra actividad física, incluidas las actividades que ocurren fuera del año escolar.

Por la presente declaramos, a nuestro leal saber y entender, que nuestras respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas. Ningún alumno participará en la práctica formal o representará a su escuela en atletismo interescolar hasta que este formulario se complete en su totalidad y la página 4 esté archivada con el director o director atlético firmada por sus padres o tutor legal y un profesional con licencia en los Estados Unidos para realizar exámenes físicos deportivos que certifique que: (a) ha pasado un examen físico adecuado dentro de los últimos 365 días calendario; (b) que, en opinión del practicante con licencia examinador, él/ella/ellos están físicamente aptos para participar en el atletismo de la escuela secundaria. El Comité Asesor de Medicina Deportiva de CHSAA recomienda encarecidamente una evaluación médica con su proveedor de atención médica para detectar factores de riesgo de paro cardíaco repentino, que pueden incluir las pruebas especiales enumeradas anteriormente.

Nombre del estudiante-atleta: _____ (impreso) Firma del estudiante-atleta: _____ Fecha: ____/____/____

Nombre del Padre/Tutor: _____ (impreso) Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: ____/____/____

Nombre del Padre/Tutor: _____ (impreso) Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: ____/____/____

Modificado de © 2019 Academia Estadounidense de Médicos de Familia, Academia Estadounidense de Pediatría, Colegio Estadounidense de Medicina Deportiva, Sociedad Médica Estadounidense de Medicina Deportiva, Sociedad Estadounidense de Ortopedia para Medicina Deportiva y Academia Estadounidense de Medicina Deportiva Osteopática. Se concede permiso para reimprimir con fines educativos no comerciales con reconocimiento.



EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (Página 3 de 4)
Este formulario de historia clínica debe ser conservado por el proveedor de atención médica y/o los padres. El documento tiene una validez de 365 días a partir de la fecha de firma que se indica a continuación.

3

Revisado 4/24

FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO

Nombre completo del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Escuela: _____

RECORDATORIOS PARA MÉDICOS:

Considere preguntas adicionales sobre temas más delicados.

• ¿Te sientes estresado o bajo mucha presión?	• ¿Alguna vez te has sentido triste, desesperanzado, deprimido o ansioso?
• ¿Te sientes seguro en tu casa o residencia?	• Durante los últimos 30 días, ¿consumió tabaco de mascar, rapé o salsa?
• ¿Alguna vez has tomado algún suplemento que te ayude a ganar o perder peso o mejorar tu rendimiento?	
• ¿Alguna vez has tomado esteroides anabólicos o usado algún otro suplemento para mejorar el rendimiento?	

- ☐ Verifique la finalización de la historia clínica (páginas 1 y 2), revise estas respuestas de la historia clínica como parte de su evaluación. Las preguntas sobre la historia cardiovascular/síntomas incluyen la pregunta 4 a la pregunta 13 del formulario de historia clínica. (marque la casilla si está completa)

EXAMEN		
Altura:	Peso:	
BP: ____/____ (____/____)	Pulso: ____	Visión: R 20/____ L 20/____
Corregido: Sí No		
MÉDICO: el profesional de la salud debe poner sus iniciales en cada evaluación	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES
Apariencia Estigmas de Marfan (cifoescoliosis, paladar arqueado alto, tórax en embudo, aracnodáctilo, hiperlaxitud, miopía, prolapso de la válvula mitral [PVM] e insuficiencia aórtica)		
Ojos, oídos, nariz y garganta - Pupilas de los ojos iguales - Oído		
Ganglios linfáticos		
Corazón Soplos (auscultación de pie, auscultación supina y maniobra de Valsalva)		
Pulmones		
Abdomen		
Piel Virus del herpes simple (VHS), lesiones sugestivas de Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (SARM) o tiña del cuerpo		
Neurológico		
MUSCULOESQUELÉTICO - profesional de la salud deberá poner sus iniciales en cada evaluación	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES
Cuello		
Espalda		
Hombro y brazo		
Codo y antebrazo		
Muñeca, mano y dedos		
Cadera y muslo		
Rodilla		
Pierna y tobillo		
Pie y dedos de los pies		
Funcional Prueba de sentadilla con dos piernas, prueba de sentadilla con una sola pierna y prueba de caída de caja o caída de paso		

Nombre del profesional de la salud (en letra de imprenta o mecanografiado): _____ Fecha del examen: ____/____/____

Dirección: _____ Teléfono: () _____ Correo electrónico: _____

Firma del Profesional de la Salud: _____ Credenciales: _____ Licencia #: _____



EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (Página 4 de 4)

ENVÍE ESTE FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD MÉDICA A LA ESCUELA

El documento tiene una validez de 365 días a partir de la fecha de firma que se indica a continuación.

4

Revisado 4/24

FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

Información del estudiante (debe ser completada por el estudiante y los padres) *impresa de manera legible*

Nombre completo del estudiante: _____ Género: _____ Edad: _____
Fecha de nacimiento: ____/____/____ Escuela: _____ Grado en la escuela: _____ Deporte(s): _____
Domicilio: _____ Ciudad/Estado: _____ Teléfono de casa: (____) _____
Nombre del Padre/Tutor: _____ Correo electrónico: _____
Persona de contacto en caso de emergencia: _____ Relación con el estudiante: _____
Teléfono celular de contacto de emergencia: (____) _____ Teléfono del trabajo: (____) _____ Otro teléfono: (____) _____
Proveedor de atención médica familiar: _____ Ciudad/Estado: _____ Teléfono de la oficina: (____) _____

- ☐ Medicamento elegible para todos los deportes sin restricciones
- ☐ Medicamento elegible para todos los deportes sin restricción con recomendaciones para una evaluación o tratamiento adicional de: *(use una hoja adicional, si es necesario)*
- ☐ Medicamento elegible solo para ciertos deportes como se enumeran a continuación:
- _____
- ☐ No es medicamento elegible para ningún deporte

Recomendaciones: *(utilizar hoja adicional, si es necesario)*

Por la presente certifico que he examinado al estudiante-atleta mencionado anteriormente utilizando la Evaluación Física de Preparticipación de CHSAA y he proporcionado la(s) conclusión(es) enumerada(s) anteriormente. Se ha conservado una copia del examen y los padres pueden acceder a él si lo solicitan. Cualquier lesión u otra afección médica que surja después de la fecha de esta autorización médica debe ser evaluada, diagnosticada y tratada adecuadamente por un profesional de la salud adecuado antes de participar en las actividades.

Nombre del profesional de la salud (en letra de imprenta o mecanografiado): _____ Fecha del examen: // _____
Dirección: _____ Teléfono: (____) _____
Firma del Profesional de la Salud: _____ Credenciales: _____ Licencia #: _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA COMPARTIDA: completada en el momento de la evaluación por el profesional y los padres.

- ☐ Marque esta casilla si no hay un historial médico relevante para compartir relacionado con participación en deportes competitivos.

Sello del proveedor *(si la escuela lo requiere)*

Medicamentos: *(use una hoja adicional, si es necesario)*

Lista: _____

Historial médico relevante que debe ser revisado por el entrenador atlético / médico del equipo: *(explique a continuación, use una hoja adicional, si es necesario)*

- ☐ Alergias ☐ Asma ☐ Convulsión cerebral ☐ cardíaca/cardiaca ☐ Diabetes ☐ Enfermedad por calor ☐ Antecedentes quirúrgicos ☐ ortopédicos
- ☐ Rasgo de células falciformes ☐ Salud mental

Explicar: _____

Firma del alumno: _____ Fecha: ____/____/____ Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: ____/____/____

Por la presente declaramos, a nuestro leal saber y entender, que la información registrada en este formulario es completa y correcta.

Este formulario no se considera válido a menos que todas las secciones estén completas.