

**SPORTS PHYSICAL EXAMINATION**

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

<b>Last Name</b>		<b>First Name</b>			<b>Grade</b>
<b>Birth Date</b>	<b>Fall Sport</b>	<b>Winter Sport</b>	<b>Sprint Sport</b>	<b>Student ID</b>	

**PART 1 -- HEALTH HISTORY (Must be Completed by Parent/Guardian Prior to the Examination)**

<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:10%;"></th> <th style="width:10%; text-align:center;">Yes</th> <th style="width:10%; text-align:center;">No</th> <th style="width:10%;"></th> <th style="width:50%;"><b>Has this student had:</b></th> </tr> <tr><td>1.</td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td></td><td>Chronic or recurrent illness?</td></tr> <tr><td>2.</td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td></td><td>Illness lasting over 1 week?</td></tr> <tr><td>3.</td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td></td><td>Hospitalizations or Surgeries?</td></tr> <tr><td>4.</td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td></td><td>Nervous, psychiatric, or neurologic condition?</td></tr> <tr><td>5.</td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td></td><td>Loss or nonfunctioning of organs (eye, kidney, liver, testicle) or glands?</td></tr> <tr><td>6.</td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td></td><td>Allergies (medicines, insect bites, food)?</td></tr> <tr><td>7.</td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td></td><td>Problems with heart or blood pressure?</td></tr> <tr><td>8.</td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td></td><td>Chest pain or significant or severe shortness of breath during or after exercise?</td></tr> <tr><td>9.</td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td></td><td>Dizziness or fainting with exercise?</td></tr> <tr><td>10.</td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td></td><td>Fainting, bad headaches or convulsions?</td></tr> <tr><td>11.</td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td></td><td>Potential concussion or loss of consciousness?</td></tr> <tr><td>12.</td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td></td><td>Heat exhaustion, heatstroke, or other problems managing or responding to heat?</td></tr> <tr><td>13.</td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td></td><td>Racing heartbeat, skipped or irregular heartbeats, or heart murmur?</td></tr> <tr><td>14.</td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td></td><td>Seizures or seizure disorders?</td></tr> <tr><td>15.</td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td></td><td>Severe or repeated instances of muscle cramps</td></tr> </table>		Yes	No		<b>Has this student had:</b>	1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Chronic or recurrent illness?	2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Illness lasting over 1 week?	3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hospitalizations or Surgeries?	4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Nervous, psychiatric, or neurologic condition?	5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Loss or nonfunctioning of organs (eye, kidney, liver, testicle) or glands?	6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Allergies (medicines, insect bites, food)?	7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Problems with heart or blood pressure?	8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Chest pain or significant or severe shortness of breath during or after exercise?	9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Dizziness or fainting with exercise?	10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Fainting, bad headaches or convulsions?	11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Potential concussion or loss of consciousness?	12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Heat exhaustion, heatstroke, or other problems managing or responding to heat?	13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Racing heartbeat, skipped or irregular heartbeats, or heart murmur?	14.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Seizures or seizure disorders?	15.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Severe or repeated instances of muscle cramps	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:10%;"></th> <th style="width:10%; text-align:center;">Yes</th> <th style="width:10%; text-align:center;">No</th> <th style="width:10%;"></th> <th style="width:50%;"><b>Has this student had:</b></th> </tr> <tr><td>16.</td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td></td><td>Injuries requiring medical care or treatment?</td></tr> <tr><td>17.</td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td></td><td>Neck or back pain or injury?</td></tr> <tr><td>18.</td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td></td><td>Knee pain or injury?</td></tr> <tr><td>19.</td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td></td><td>Shoulder or elbow pain or injury?</td></tr> <tr><td>20.</td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td></td><td>Ankle pain or injury?</td></tr> <tr><td>21.</td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td></td><td>Other joint pain or injury?</td></tr> <tr><td>22.</td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td></td><td>Broken bones (fractures)?</td></tr> <tr> <td></td> <td align="center"><b>Yes</b></td> <td align="center"><b>No</b></td> <td></td> <td><b>Does this student presently</b></td> </tr> <tr><td>23.</td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td></td><td>Wear eyeglasses or contact lenses?</td></tr> <tr><td>24.</td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td></td><td>Wear dental bridges, braces or plates?</td></tr> <tr><td>25.</td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td></td><td>Take any medications? (List below):</td></tr> <tr> <td></td> <td align="center"><b>Yes</b></td> <td align="center"><b>No</b></td> <td></td> <td><b>Further history:</b></td> </tr> <tr><td>26.</td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td></td><td>Birth defects (corrected or not)?</td></tr> <tr><td>27.</td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td></td><td>Death of a parent or grandparent less than 40 years of age due to medical cause or condition?</td></tr> <tr><td>28.</td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td></td><td>Parent or grandparent requiring treatment for heart condition less than 50 years of age?</td></tr> <tr><td>29.</td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td></td><td>Been seen by a physician on an emergency or urgent basis in the last 12-months?</td></tr> </table>		Yes	No		<b>Has this student had:</b>	16.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Injuries requiring medical care or treatment?	17.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Neck or back pain or injury?	18.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Knee pain or injury?	19.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Shoulder or elbow pain or injury?	20.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Ankle pain or injury?	21.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Other joint pain or injury?	22.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Broken bones (fractures)?		<b>Yes</b>	<b>No</b>		<b>Does this student presently</b>	23.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Wear eyeglasses or contact lenses?	24.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Wear dental bridges, braces or plates?	25.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Take any medications? (List below):		<b>Yes</b>	<b>No</b>		<b>Further history:</b>	26.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Birth defects (corrected or not)?	27.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Death of a parent or grandparent less than 40 years of age due to medical cause or condition?	28.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Parent or grandparent requiring treatment for heart condition less than 50 years of age?	29.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Been seen by a physician on an emergency or urgent basis in the last 12-months?
	Yes	No		<b>Has this student had:</b>																																																																																																																																																																		
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Chronic or recurrent illness?																																																																																																																																																																		
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Illness lasting over 1 week?																																																																																																																																																																		
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hospitalizations or Surgeries?																																																																																																																																																																		
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Nervous, psychiatric, or neurologic condition?																																																																																																																																																																		
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Loss or nonfunctioning of organs (eye, kidney, liver, testicle) or glands?																																																																																																																																																																		
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Allergies (medicines, insect bites, food)?																																																																																																																																																																		
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Problems with heart or blood pressure?																																																																																																																																																																		
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Chest pain or significant or severe shortness of breath during or after exercise?																																																																																																																																																																		
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Dizziness or fainting with exercise?																																																																																																																																																																		
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Fainting, bad headaches or convulsions?																																																																																																																																																																		
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Potential concussion or loss of consciousness?																																																																																																																																																																		
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Heat exhaustion, heatstroke, or other problems managing or responding to heat?																																																																																																																																																																		
13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Racing heartbeat, skipped or irregular heartbeats, or heart murmur?																																																																																																																																																																		
14.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Seizures or seizure disorders?																																																																																																																																																																		
15.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Severe or repeated instances of muscle cramps																																																																																																																																																																		
	Yes	No		<b>Has this student had:</b>																																																																																																																																																																		
16.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Injuries requiring medical care or treatment?																																																																																																																																																																		
17.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Neck or back pain or injury?																																																																																																																																																																		
18.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Knee pain or injury?																																																																																																																																																																		
19.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Shoulder or elbow pain or injury?																																																																																																																																																																		
20.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Ankle pain or injury?																																																																																																																																																																		
21.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Other joint pain or injury?																																																																																																																																																																		
22.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Broken bones (fractures)?																																																																																																																																																																		
	<b>Yes</b>	<b>No</b>		<b>Does this student presently</b>																																																																																																																																																																		
23.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Wear eyeglasses or contact lenses?																																																																																																																																																																		
24.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Wear dental bridges, braces or plates?																																																																																																																																																																		
25.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Take any medications? (List below):																																																																																																																																																																		
	<b>Yes</b>	<b>No</b>		<b>Further history:</b>																																																																																																																																																																		
26.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Birth defects (corrected or not)?																																																																																																																																																																		
27.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Death of a parent or grandparent less than 40 years of age due to medical cause or condition?																																																																																																																																																																		
28.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Parent or grandparent requiring treatment for heart condition less than 50 years of age?																																																																																																																																																																		
29.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Been seen by a physician on an emergency or urgent basis in the last 12-months?																																																																																																																																																																		
<i>Date of last known tetanus (lockjaw) shot:</i>				<i>Date of last complete physical examination:</i>																																																																																																																																																																		

Explain all "YES" answers. Describe any other fact that should be disclosed prior to the examination (use reverse of form if needed):

PARENT/GUARDIAN'S AUTHORIZATION: I authorize the health care provider to perform a Sports Physical Evaluation on the student. The information set forth above is complete and accurate. I presently know of no reason why the student cannot fully and safely participate in the listed sports. For Sports Physical Evaluations that may be performed by District volunteers, I understand the evaluation is a screening evaluation only, and that I must address all health care concerns with the Student's personal physician or health care provider.

Print Name of Parent or Guardian:		Signature of Parent or Guardian:	
Regular Physician's Name:		Office Phone:	
Address	Work Phone	Home Phone	Date

**PART 2 – MEDICAL EVALUATION (TO BE COMPLETED BY THE EXAMINING HEALTH CARE PROVIDER) This Evaluation Can Only be Performed by Medical Doctors (MDs), Doctors of Osteopathy (DOs), Physician's Assistants (P.A.s), and Nurse Practitioners (N.P.s)**

	Normal	Abnormals (Describe)	May be contained on Provider's Form	
Eyes/Ears/Nose/Throat			Height	Weight
Heart, Lungs, Pulmonary function			Pulse:	After Ex:
Abdomen, genital/hernia (males)			BP:	
Neurological Screening Exam				

**Comments:**

Print Doctors Name	Doctors Signature	Date
--------------------	-------------------	------

Original to be signed and held on file in the School's Athletic Office for 1-year & copies distributed to each and every sport the Athlete participates in for that year.  
 PVUSD Student-Athlete and Parent Handbook Form PVUSD Adopted

**Pajaro Valley Unified School District  
FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO PARA DEPORTES**

PARTE 1 (DEBE SER COMPLETADA POR UN PADRE O TUTOR LEGAL)						
Apellido		Primer Nombre			Grado	
Fecha De Nacimiento	Deporte De Otoño	Deporte De Invierno	Deporte De Primavera	Número De Identificación Del Estudiante		
PARTE 1 – HISTORIAL DE SALUD (debe ser completado por el padre/tutor legal antes del examen)						
	Si	No	Has this student had:	Si	No	Has this student had:
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Una enfermedad crónica o recurrente?	16.	<input type="checkbox"/>	¿Lesiones que requieran atención o tratamiento médico?
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Una enfermedad que duró más de 1 semana?	17.	<input type="checkbox"/>	¿Dolor o lesión en el cuello o espalda?
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Hospitalizaciones o cirugías?	18.	<input type="checkbox"/>	¿Dolor o lesión en las rodillas?
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Un trastorno nervioso, psiquiátrico o neurológico?	19.	<input type="checkbox"/>	¿Dolor o lesión en los hombros o codos?
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Pérdida o fallas en el funcionamiento de órganos (ojo, riñón, hígado, testículo) o glándulas?	20.	<input type="checkbox"/>	¿Dolor o lesión en los tobillos?
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alergias (medicamentos, picaduras de insectos, comida)?	21.	<input type="checkbox"/>	¿Algún otro dolor o lesión en las articulaciones?
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Problemas del corazón o presión arterial?	22.	<input type="checkbox"/>	¿Huesos quebrados (fracturas)?
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Dolor en el pecho o falta de aliento grave durante o después del ejercicio?	23.	<input type="checkbox"/>	El estudiante tiene actualmente: ¿Usa anteojos o lentes de contacto?
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Mareos o desmayos con el ejercicio?	24.	<input type="checkbox"/>	¿Usa puentes dentales, freno o placas?
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Desmayos, dolores de cabeza intensos o convulsiones?	25.	<input type="checkbox"/>	¿Toma algún medicamento? (Indique a continuación):
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Posible concusión o pérdida del conocimiento?	26.	<input type="checkbox"/>	Otros antecedentes: ¿Defectos de nacimiento (corregidos o no)?
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Agotamiento por calor, golpe de calor u otros problemas para tolerar o responder al calor?	27.	<input type="checkbox"/>	¿La muerte de un padre o abuelo menor de 40 años de edad debido a una causa o trastorno médico?
13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Taquicardia, ritmo cardíaco alterado o irregular o soplo cardíaco?	28.	<input type="checkbox"/>	¿Un padre o abuelo que requiere tratamiento por un trastorno cardíaco menor de 50 años de edad?
14.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ataques o trastornos que causan ataques?	29.	<input type="checkbox"/>	¿Ha sido atendido por un médico o con carácter de emergencia o urgencia en los últimos 12 meses?
15.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Incidentes graves o reiterados de espasmos musculares?			
Fecha de la última vacuna contra el tétano (antitetánica) de la que se tenga conocimiento:				Fecha en que se efectuó el último examen físico:		
Explique las respuestas por "SI". Describa cualquier otro hecho que debería ser dado a conocer antes del examen (use el reverso del formulario si es necesario):						
<b>AUTORIZACIÓN DEL PADRE/TUTOR:</b> Autorizo al proveedor de atención de la salud a efectuar una Evaluación Física para Deportes del estudiante. La información prevista es completa y exacta. Actualmente no conozco ninguna razón por la que el estudiante no pueda participar plenamente y con seguridad en los deportes indicados. Para las Evaluaciones Físicas para Deportes, que pueden ser efectuadas por voluntarios del Distrito, comprendo que la evaluación es sólo una evaluación general, y que debo consultar todas las inquietudes sobre la salud con el médico o proveedor de atención de la salud personal del Estudiante.						
ESCRIBA EL NOMBRE DEL PADRE O TUTOR EN LETRA DE MOLDE				FIRMA DEL PADRE O TUTOR		
DIRECCIÓN:		TELÉFONO DEL TRABAJO		TELÉFONO DE LA CASA		FECHA
NOMBRE DEL MÉDICO DE CABECERA			TELÉFONO DEL CONSULTORIO			
PARTE 2 – EVALUACIÓN MÉDICA (DEBE SER COMPLETADA POR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN DE LA SALUD QUE EXAMINA AL ESTUDIANTE)						
La evaluación sólo puede ser efectuada por doctores en medicina (Medical Doctors [MD]), Doctores en Osteopatía (Doctors of Osteopathy [DO]), Asistentes de Médicos (Physician's Assistants [PA]) y Enfermeros Diplomados (Nurse Practitioners [NP])						
		NORMAL	ANORMAL (describa)	(Puede estar incluido en el Formulario del Proveedor)		
Ojos/oídos/nariz/garganta				Estatura:	Peso:	
Corazón, pulmones, función pulmonar				Pulso:	Después del examen:	
Abdomen, genitales/hernia (hombres)				BP:		
Piel y sistema músculo-esquelético:				<b>Recomendación:</b>		
a. Cuello/columna/hombros/espalda				<input type="checkbox"/> Participación ilimitada		
b. Brazos/manos/dedos				<input type="checkbox"/> Participación ilimitada/ deportes, eventos o actividades específicas		
c. Caderas/muslos/rodillas/piernas				<input type="checkbox"/> Alta pendiente a la espera de otras pruebas/evaluación		
d. Pies/tobillos				<input type="checkbox"/> No se autoriza participación deportiva		
Examen de evaluación neurológica (Neurologic Screening Exam [NSE])/				Uno de los anteriores DEBE estar marcado.		
Evaluación para conciencia cerebral (sólo si es necesaria basada en información anterior)						
<b>Comentarios:</b>						
ESCRIBA EL NOMBRE DEL MÉDICO EN LETRA DE MOLDE			FIRMA DEL MÉDICO		FECHA	

**El original debe permanecer archivado por un periodo de un (1) año después de que finalice el Año Académico**  
PVUSD Student-Athlete and Parent Handbook Form PVUSD Adopted