

# SPORTS PHYSICAL SCHOOL FORM

I grant permission to release the information below to School Personnel.

Signature of Parent/Guardian: \_\_\_\_\_ Medical Insurance Co. \_\_\_\_\_

NAME: _____	Date of Birth: _____	Student ID: _____
Sports: _____	School: _____	Grade: _____
Emergency Contact: _____	Cell Phone: _____	Home Phone: _____
ALLERGIES: _____ MEDICATIONS: _____		

DATE OF EXAM: \_\_\_\_\_ Height: \_\_\_\_\_ Weight: \_\_\_\_\_ BMI: \_\_\_\_\_ Pulse: \_\_\_\_\_ BP: \_\_\_\_/\_\_\_\_

HEARING:  Passed Right/Left <25dbls (all frequencies)     Failed \_\_\_\_\_     Not Done

VISION: R 20/\_\_\_\_ L 20/\_\_\_\_ Both 20/\_\_\_\_ Corrected:  Y  N

U/A:  Normal  Y  N \_\_\_\_\_

REQUIRED IMMUNIZATIONS: Measles, Mumps Rubella, Hepatitis B, Polio, Tetanus, and Pertussis.

Received Varicella Vaccine/ or Varicella illness after 1 yr. of age    Date of Last Tdap: \_\_\_\_\_

Up to date (See Attached Vaccine Documentation)      Not up to Date, Vaccines Needed: \_\_\_\_\_

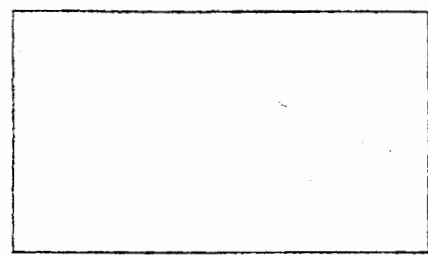
BASELINE CONCUSSION ASSESSMENT COMPLETED - Optional, but highly recommended

Date: \_\_\_\_\_ Tool Used: ImPACT / SCAT2 / SAC / Other \_\_\_\_\_

MEDICAL:	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
General Appearance		
Head eyes/ears/nose/throat		
Neck		
Respiratory		
Heart		
Pulses		
Abdomen		
Skin		
Neuro		
Lymph Nodes		
Genitourinary (males only)		
MUSCULOSKELETAL:	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Back (including scoliosis screen)		
Shoulder/Arm		
Elbow/Forearm		
Wrist/Hand/Fingers		
Hip/Thigh		
Knee		
Leg/Ankle		
Foot/Toes		

Assessment/Plan: \_\_\_\_\_ OFFICE STAMP: \_\_\_\_\_

- Cleared for all sports without restrictions
- Not Cleared for  All sports  Certain sports \_\_\_\_\_
- Reason: \_\_\_\_\_
- Deferred requires further evaluation (See Recommendations Below):
- Cleared with restrictions (See Recommendations Below):



Recommendations: \_\_\_\_\_

Name of Physician (print) \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Signature of Physician: \_\_\_\_\_, M.D., D.O., or N.P. Date: \_\_\_\_\_

Based on recommendations developed by the American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopedic Society for Sports Medicine and American Osteopathic Academy for Sports Medicine. Rev. May 2012

# FORMULARIO ESCOLAR DE APTITUD FÍSICA PARA EL DEPORTE

Otorgo permiso para entregar la información siguiente al personal de la escuela.

Firma del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_

NOMBRE: _____	Fecha de nacimiento: _____	ID del estudiante: _____
Deportes: _____	Escuela: _____	Grado: _____
Contacto de emergencia: _____	Celular: _____	Teléfono del hogar: _____
ALERGIAS: _____	MEDICACIONES: _____	

Fecha del examen: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ BMI (índice de masa corporal): \_\_\_\_\_ Pulso: \_\_\_\_\_

Presión arterial: \_\_\_\_ / \_\_\_\_

AUDICIÓN:  Aprobado derfizz <25dbcis (todas las frecuencias)  
 No aprobado  No realizado

Visión: D 20/\_\_\_\_ I 20/\_\_\_\_ Ambos 20/\_\_\_\_ Corregido:  S  N  
 U/A:  Normal \_\_\_\_\_

VACUNAS OBLIGATORIAS: Sarampión, paperas, rubéola, hepatitis B, Polio, tétanos, tos ferina y varicela.

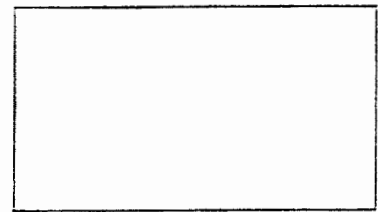
Al día (consultar certificado de vacunación adjunto)  
 Evaluación de traumatismo de referencia

Vencido, vacunas necesarias: \_\_\_\_\_

MEDICA:	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES
Apariencia general		
Cabeza ojos/oidos/nariz/garganta		
Cuello		
Aparato respiratorio		
Corazón		
Pulsos		
Abdomen		
Piel		
Neurológico		
Nódulo linfático		
Tracto genitourinario (solo hombres)		
SISTEMA MUSCULOESQUELETICO:	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES
Espalda (incluye examen de escoliosis)		
Hombro/brazo		
Codo/antebrazo		
Muñeca/mano/dedos		
Cadera/muslo		
Rodilla		
Pierna/tobillo		
Piel/dedos del pie		

Evaluación/pian: \_\_\_\_\_

SELLO DE LA OFICINA:



Válido para todos los deportes sin restricciones

No válido para:  Todos los deportes  Ciertos deportes: \_\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

Derivado porque requiere más evaluación (consultar las recomendaciones a continuación):

Válido con restricciones (consultar las recomendaciones a continuación):

Recomendaciones: \_\_\_\_\_

Nombre del médico (en imprenta): \_\_\_\_\_ dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_, M.D., D.O. o N.P. Fecha: \_\_\_\_\_