

Formulario de participación atlética de las escuelas del condado de Pitt 2023-2024

ESCUELAS DEL CONDADO DE PITT			PERMISO DE LOS PADRES ATLETAS INTERESCOLARES	
Nombre del padre/ Acudiente: <small>(Letra legible por favor)</small>			Nombre del estudiante atleta: <small>(Letra legible por favor)</small> I.D del estudiante:	
Dirección:			Escuela:	Grado:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Fecha de nacimiento:	# Tel. Casa: Trabajo: Celular: <i>*Especifique horas disponibles para cada número</i>
Solicitud de permiso: Nosotros, el estudiante suscrito y el padre/acudiente del estudiante, solicitamos permiso para participar en eventos atléticos interescolares en los siguientes deportes/áreas:				
<input type="checkbox"/> Béisbol <input type="checkbox"/> Baloncesto <input type="checkbox"/> Porras <input type="checkbox"/> Cross (Carreras de Campo Abierto)	<input type="checkbox"/> Fútbol americano <input type="checkbox"/> Golf <input type="checkbox"/> Lacrosse <input type="checkbox"/> Fútbol <input type="checkbox"/> Softbol	<input type="checkbox"/> Natación <input type="checkbox"/> Tenis <input type="checkbox"/> Carrera de Pista <input type="checkbox"/> Vóleibol	<input type="checkbox"/> Lucha Libre <input type="checkbox"/> Gerente del equipo	
Requisitos generales: Hemos leído y discutido los requisitos generales para la elegibilidad atlética de la escuela secundaria. Entendemos que posibles preguntas adicionales o circunstancias específicas deben dirigirse al entrenador, director atlético o director de nuestro estudiante.				
Riesgo de lesión: Reconocemos y entendemos que existe un riesgo de lesión relacionado con la participación atlética. Entendemos que el estudiante-atleta estará bajo la supervisión y dirección de un entrenador atlético de PCS. Estamos de acuerdo en seguir las reglas del deporte y las instrucciones del entrenador para reducir el riesgo de lesiones para el estudiante y otros atletas. Sin embargo, reconocemos y entendemos que ni el entrenador ni PCS pueden eliminar el riesgo de lesiones en los deportes. Las lesiones pueden ocurrir y ocurren. Las lesiones deportivas pueden ser graves y, en algunos casos, pueden provocar una discapacidad permanente o incluso la muerte. Aceptamos y asumimos libremente, conscientemente y deliberadamente el riesgo de lesión que podría ocurrir por la participación en eventos atléticos o deportivos.				
Liberación: En consideración a que PCS permita que el estudiante-atleta participe en eventos atléticos o deportivos, acordamos liberar y mantener a PCS, sus entrenadores atléticos, entrenadores y otros profesionales médicos libres, indemnes e indemnizados de y contra todos y cada uno de los reclamos, demandas o casos de acción que surjan de o a partir de cualquier lesión que el estudiante-atleta pueda sufrir por la participación en eventos atléticos que no sea una lesión que resulte de una negligencia grave o intencional.				
Seguro: Las escuelas del condado de Pitt ofrecen una póliza de seguro para todos los deportes. Esta es una póliza de seguro secundaria. Estos beneficios limitados estarán disponibles a solicitud.				
Marque uno: <input type="checkbox"/> Seguro de accidentes escolares u <input type="checkbox"/> Otro Nombre del Otro Seguro:			Número de póliza:	
Dirección:			Plazo de la póliza desde: hasta:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Número de grupo:	
Nosotros, el estudiante y el padre que firman, hemos leído este documento y entendemos y estamos de acuerdo con las expectativas de participación en eventos deportivos/ atléticos en el nivel de la escuela secundaria.				
Estudiante:			Fecha:	
Padre/ Acudiente:			Fecha:	
Padre/ Acudiente:			Fecha:	

Compromiso Atlético

Compromiso Atlético del estudiante

Como estudiante atleta, soy un modelo a seguir. Usar lenguaje inapropiado, burlarse, hostigar o usar contacto físico injustificado hacia jugadores, entrenadores o fanáticos del equipo oponente está en contra del espíritu de juego limpio y buen espíritu deportivo que mi escuela, mi conferencia y la Junta de Educación del Estado de Carolina del Norte esperan de sus miembros. Acepto mi responsabilidad de modelar el buen espíritu deportivo que viene con ser un estudiante atleta.

Compromiso del padre

Como padre, soy un modelo a seguir. Recordaré que los eventos atléticos escolares son una extensión del salón de clases, ofreciendo experiencias de aprendizaje para los estudiantes. Mostraré respeto por los jugadores, entrenadores, espectadores y grupos de apoyo del equipo contrario. Participaré en porras que apoyen y animen a los equipos involucrados. El uso de lenguaje inapropiado y las burlas están en contra del espíritu de juego limpio y buen espíritu deportivo que nuestra escuela, nuestra conferencia y la Junta de Educación del Estado de Carolina del Norte esperan de sus miembros. Acepto mi responsabilidad de modelar el buen espíritu deportivo que viene con ser el padre de un estudiante atleta.

Afirmación de Domicilio y Custodia

Solo los estudiantes que cumplan con los requisitos de domicilio y custodia son elegibles para participar en la competencia interescolar. Las Escuelas del Condado de Pitt requieren que se cumplan los siguientes criterios:

Domicilio - los estudiantes atletas deben asistir a la escuela a la que están asignados por la Junta de Educación. Todos los estudiantes, a menos que se les otorgue una transferencia de acuerdo con la Política 10.104 o la Política 10.111 de la Junta de Educación, deben asistir a su escuela local, que es la escuela en el área de asistencia donde están domiciliados.

Según la Ley del Estado, aunque una persona puede tener más de una residencia, sólo puede tener un domicilio. Según la Política 10.103 de la Junta de Educación del Condado de Pitt, se considera que el domicilio de un estudiante menor de edad no emancipado es el de su padre o tutor por orden judicial. De acuerdo con la Política 10.103 de la Junta de Educación del Condado de Pitt, el domicilio es el lugar donde el padre/tutor vive de manera permanente o indefinida. Una persona puede establecer un nuevo domicilio solo al abandonar la residencia actual de domicilio, sin intención de regresar a ella. Toda la familia debe hacer el cambio, llevándose bienes y muebles domésticos.

Custodia - los estudiantes atletas deben estar domiciliados en el condado de Pitt con un padre, un acudiente designado por el tribunal o un tutor designado por el tribunal o con un cuidador autorizado para inscribir al estudiante según NCGS 115C-366 (a3) debido al abandono, abuso o negligencia documentados de los padres.

Sanciones - si un estudiante se viste o participa en una competencia interescolar en violación de los requisitos anteriores, los juegos en los que participó el estudiante se perderán. Además, se le podría exigir a la escuela que pierda los premios de postemporada; tener prohibido participar en competencias durante un año; y/o ser sancionado con una sanción al ser readmitido.

Si hay prueba documentada de que un estudiante y/o su padre o tutor legal han falsificado la elegibilidad atlética del estudiante, el estudiante será retirado del equipo por el resto de la temporada y dejará de ser elegible para participar durante 365 días.

Declaración del padre/custodio legal - he leído y entiendo los requisitos de domicilio y custodia anteriores para la competencia interescolar en las escuelas del condado de Pitt. Por la presente certifico que mi hijo(a) cumple con estos criterios. Además, sé que es mi responsabilidad completar otro formulario de domicilio y custodia si mi domicilio cambia durante el año académico. Entiendo que si firmo este documento falsamente, expongo a mi hijo al riesgo de ser retirado del equipo, y expongo a la escuela y al distrito al riesgo de perder juegos, campeonatos e ingresos de postemporada.

Padre: _____ Estudiante: _____ Fecha: _____

Hoja informativa de concusión del estudiante- atleta y padre de familia/ tutor legal de Gfeller-Waller de NCHSAA

¿Qué es una concusión? Una concusión cerebral es una lesión cerebral causada por un golpe directo o indirecto en la cabeza. Tiene como resultado que el cerebro no funcione como debería. Puede o no causar un bloqueo o desmayo. Puede suceder por una caída, un golpe en la cabeza, o un golpe en el cuerpo que haga que la cabeza y el cerebro se muevan rápidamente hacia atrás y hacia adelante.

¿Cómo sé si tengo una concusión? Hay muchos signos y síntomas que se pueden presentar después de una concusión cerebral. Una concusión cerebral puede afectar la forma de pensar, la manera cómo se siente tu cuerpo, el estado de ánimo, o el sueño. Aquí está lo que debes buscar:

Pensar/ Recordar	Físicos	Emocional/ Estado de ánimo	Dormir
Dificultad para pensar claramente	Dolor de cabeza	Irritabilidad- las cosas te molestan más fácilmente	Dormir más de lo usual
Necesitar más tiempo para resolver las cosas	Visión borrosa	Tristeza	Dormir menos de lo usual
Dificultad para concentrarse	Dolor/ malestar estomacal	Estar más temperamental	Problemas para quedarse dormido(a)
Dificultad para recordar información nueva	Vómito	Sentirse nervioso o preocupado	Sentirse cansado(a)
	Mareo	Llorar más	
	Problemas de equilibrio		
	Sensibilidad al ruido o la luz		

La tabla es una adaptación de los Centros para Control y Prevención de Enfermedades (<http://www.cdc.gov/concussion/>)

¿Qué debo hacer si creo que tengo una concusión? Si tienes cualquiera de los signos o síntomas mencionados anteriormente, debes informarle a tu padre/ madre, entrenador, entrenador de atletismo o enfermera de la escuela, para que puedan obtener la ayuda que necesitas. Si los padres notan estos síntomas, ellos deben informarle a la enfermera o al entrenador de atletismo.

¿Cuándo debería estar particularmente preocupado(a)? Si tienes un dolor de cabeza que empeora con el tiempo, eres incapaz de controlar tu cuerpo, vomitas repetidamente o te sientes cada vez más enfermo(a) del estómago, o estás hablando chistoso/ arrastrado, entonces debes informarle inmediatamente a un adulto como tu padre/madre, entrenador o maestro, para que puedan obtener la ayuda que necesitas antes que las cosas empeoren.

¿Cuáles son algunos de los problemas que me puede afectar después de una concusión? Puedes tener problemas en algunas de tus clases en la escuela o incluso con actividades en casa. Si sigues jugando o vuelves a jugar demasiado pronto con una concusión cerebral, puedes tener problemas a largo plazo para recordar cosas o prestar atención, los dolores de cabeza pueden durar mucho tiempo, o pueden ocurrir cambios de personalidad. Una vez hayas teniendo una concusión, eres más propenso(a) a tener otra concusión cerebral.

¿Cómo sé si está bien volver a tener actividades físicas y/o participar en deportes después de una concusión? Después de hablarle dicho que piensas que tienes una concusión a tu entrenador, tu padre/ madre, y un personal médico cercano, es probable que seas visto por un médico capacitado en ayudar a las personas con concusiones cerebrales. Tu escuela y tus padres pueden ayudarte a decidir quién es el mejor para tratarte y ayudarte a tomar la decisión sobre cuándo debes volver a tener actividades / juegos o prácticas. Tu escuela tendrá una política sobre cómo tratar las concusiones cerebrales. No debes volver a jugar o practicar el mismo día que sospeches que tienes una concusión cerebral.

Cuando vuelvas a jugar, no debes haber tenido ningún síntoma en reposo o durante / después de actividad, ya que esto es una señal que tu cerebro no se ha recuperado de la lesión.

Esta información es proporcionada por el centro de UNC Matthew Gfeller Sport-Related TBI Research Center, la Sociedad Médica de Carolina del Norte, la Asociación de Lesiones Cerebrales de Entrenadores Deportivos de Carolina del Norte, Asociación de Lesiones Cerebrales de Carolina del Norte, la Sociedad neuropsicológica de Carolina del Norte, y la Asociación de Atletismo de las Escuelas de Secundaria Superior de Carolina del Norte.

Formulario de declaración de concusión de Gfeller-Waller de NCHSAA del estudiante- atleta y padre de familia/ tutor legal

Instrucciones: El estudiante- atleta y su padre / madre o tutor legal, deben poner sus iniciales al lado de cada declaración reconociendo que han leído y entendido la declaración correspondiente. El estudiante-atleta debe poner sus iniciales en la columna izquierda y el padre o tutor legal debe poner sus iniciales en la columna derecha. Algunas declaraciones son pertinentes sólo al estudiante-atleta y sólo deben ser inicializadas por el estudiante-atleta. Este formulario debe ser completado para cada estudiante-atleta, incluso si hay varios estudiantes-atletas en el hogar.

Nombre del estudiante-atleta: (letra de molde) _____

Nombre(s) del padre/madre/tutor: (letra de molde) _____

Iniciales del
estudiante-atleta

Iniciales del padre/ madre/ tute

	Una concusión es una lesión cerebral, que debe ser informada a mi padre/ madre/ tutor legal, mi o el entrenador(es) de mi hijo(a), o un profesional médico, si hay uno disponible.	
	Una concusión no se puede "ver". Algunos de los signos y síntomas pueden presentarse de inmediato; sin embargo, otros síntomas pueden aparecer horas o días después de una lesión.	
	Les diré a mis padres, mi entrenador y / o un profesional médico acerca de mis lesiones y enfermedades.	No es pertinente
	Si creo que un compañero de equipo tiene una concusión, debo hablarle de la concusión a mi(s) entrenador(es), padre/ madre/ tutor legal o profesional médico.	No es pertinente
	Yo, o mi hijo(a), no volveré a jugar en un partido o en la práctica, si un golpe me causa, o a mi hijo(a), síntomas relacionados con una concusión.	
	Yo, o mi hijo(a), necesitare el permiso por escrito de un profesional médico capacitado en el manejo de concusiones cerebrales para volver a jugar o practicar después de una concusión.	
	Teniendo en cuenta los últimos datos, la mayoría de las concusiones toman días o semanas para sanarse. Una concusión no puede desaparecer de forma inmediata. Soy consciente que resolver una concusión es un proceso que puede requerir más de una visita médica.	
	Soy consciente que los médicos de la Sala de Emergencia / Cuidado de Urgencia no podrán ofrecer permiso para volver a jugar o practicar, si me ven inmediatamente o poco después de la lesión.	
	Después de una concusión, el cerebro necesita tiempo para sanar. Entiendo que yo, o mi hijo(a), es mucho más propenso a tener otra concusión o una lesión cerebral más grave si vuelve a jugar o practicar antes que los síntomas de la concusión desaparezcan.	
	A veces, las concusiones repetidas pueden causar problemas graves y de larga duración.	
	He leído los síntomas de concusión que aparecen en la hoja informativa de concusión del estudiante- atleta y padre de familia/ tutor legal.	
	Le he pedido a un adulto y/o profesional médico que me explique cualquier información que no entendí del formulario de declaración de concusión del estudiante- atleta y padre de familia/ tutor legal.	

Al firmar a continuación, estamos de acuerdo con que hemos leído y entendido la información contenida en el formulario de declaración de concusión del estudiante-atleta y padre de familia/ tutor legal, y he inicializado apropiadamente al lado de cada declaración.

Firma del estudiante- atleta

Fecha

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

■ EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN

FORMULARIO DE HISTORIAL CLÍNICO

Nota: Complete y firme este formulario (con la supervisión de sus padres si es menor de 18 años) antes de acudir a su cita.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha del examen médico: _____ Deporte(s): _____

Sexo que se le asignó al nacer (F, M o intersexual): _____ ¿Con cuál género se identifica? (F, M u otro): _____

Mencione los padecimientos médicos pasados y actuales que haya tenido. _____

¿Alguna vez se le practicó una cirugía? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus cirugías previas. _____

Medicamentos y suplementos: Enumere todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y suplementos (herbolarios y nutricionales) que consume. _____

¿Sufre de algún tipo de alergia? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus alergias (por ejemplo, a algún medicamento, al polen, a los alimentos, a las picaduras de insectos). _____

Cuestionario sobre la salud del paciente versión 4 (PHQ-4)

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia experimentó alguno de los siguientes problemas de salud? (Encierre en un círculo la respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se siente nervioso, ansioso o inquieto	0	1	2	3
No es capaz de detener o controlar la preocupación	0	1	2	3
Siente poco interés o satisfacción por hacer cosas	0	1	2	3
Se siente triste, deprimido o desesperado	0	1	2	3

(Una suma ≥ 3 se considera positiva en cualquiera de las subescalas, [preguntas 1 y 2 o preguntas 3 y 4] a fin de obtener un diagnóstico).

PREGUNTAS GENERALES

(Dé una explicación para las preguntas en las que contestó "Sí", en la parte final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas si no sabe la respuesta).

	Sí	No
1. ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría discutir con su proveedor de servicios médicos?		
2. ¿Alguna vez un proveedor de servicios médicos le prohibió o restringió practicar deportes por algún motivo?		
3. ¿Padece algún problema médico o enfermedad reciente?		

PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR

	Sí	No
4. ¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse mientras hacía, o después de hacer, ejercicio?		

PREGUNTAS SOBRE SU SALUD

CARDIOVASCULAR (CONTINUACIÓN)

	Sí	No
5. ¿Alguna vez sintió molestias, dolor, compresión o presión en el pecho mientras hacía ejercicio?		
6. ¿Alguna vez sintió que su corazón se aceleraba, palpitaba en su pecho o latía intermitentemente (con latidos irregulares) mientras hacía ejercicio?		
7. ¿Alguna vez un médico le dijo que tiene problemas cardíacos?		
8. ¿Alguna vez un médico le pidió que se hiciera un examen del corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía.		
9. Cuando hace ejercicio, ¿se siente mareado o siente que le falta el aire más que a sus amigos?		
10. ¿Alguna vez tuvo convulsiones?		

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDIOVASCULAR DE SU FAMILIA		
	Sí	No
11. ¿Alguno de los miembros de su familia o pariente murió debido a problemas cardíacos o tuvo una muerte súbita e inesperada o inexplicable antes de los 35 años de edad (incluyendo muerte por ahogamiento o un accidente automovilístico inexplicables)?		
12. ¿Alguno de los miembros de su familia padece un problema cardíaco genético como la miocardiopatía hipertrófica (HCM), el síndrome de Marfan, la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), el síndrome del QT largo (LQTS), el síndrome del QT corto (SQTS), el síndrome de Brugada o la taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?		
13. ¿Alguno de los miembros de su familia utilizó un marcapasos o se le implantó un desfibrilador antes de los 35 años?		
PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES		
	Sí	No
14. ¿Alguna vez sufrió una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo faltar a una práctica o juego?		
15. ¿Sufre alguna lesión ósea, muscular, de los ligamentos o de las articulaciones que le causa molestia?		
PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS		
	Sí	No
16. ¿Tose, sibila o experimenta alguna dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?		
17. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (en el caso de los hombres), el bazo o cualquier otro órgano?		
18. ¿Sufre dolor en la ingle o en los testículos, o tiene alguna protuberancia o hernia dolorosa en la zona inguinal?		
19. ¿Padece erupciones cutáneas recurrentes o que aparecen y desaparecen, incluyendo el herpes o Staphylococcus aureus resistente a la metilina (MRSA)?		

PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS (CONTINUACIÓN)		
	Sí	No
20. ¿Alguna vez sufrió un traumatismo craneoencefálico o una lesión en la cabeza que le causó confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
21. ¿Alguna vez sintió adormecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o piernas, o fue incapaz de mover los brazos o las piernas después de sufrir un golpe o una caída?		
22. ¿Alguna vez se enfermó al realizar ejercicio cuando hacía calor?		
23. ¿Usted o algún miembro de su familia tiene el rasgo drepanocítico o padece una enfermedad drepanocítica?		
24. ¿Alguna vez tuvo o tiene algún problema con sus ojos o su visión?		
25. ¿Le preocupa su peso?		
26. ¿Está tratando de bajar o subir de peso, o alguien le recomendó que baje o suba de peso?		
27. ¿Sigue alguna dieta especial o evita ciertos tipos o grupos de alimentos?		
28. ¿Alguna vez sufrió un desorden alimenticio?		
ÚNICAMENTE MUJERES		No
29. ¿Ha tenido al menos un periodo menstrual?		
30. ¿A los cuántos años tuvo su primer periodo menstrual?		
31. ¿Cuándo fue su periodo menstrual más reciente?		
32. ¿Cuántos periodos menstruales ha tenido en los últimos 12 meses?		

Proporcione una explicación aquí para las preguntas en las que contestó "Sí".

Por la presente declaro que, según mis conocimientos, mis respuestas a las preguntas de este formulario están completas y son correctas.

Firma del atleta: _____

Firma del padre o tutor: _____

Fecha: _____

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name: _____ Date of birth: _____

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?
 - Have you ever tried cigarettes, e-cigarettes, chewing tobacco, snuff, or dip?
 - During the past 30 days, did you use chewing tobacco, snuff, or dip?
 - Do you drink alcohol or use any other drugs?
 - Have you ever taken anabolic steroids or used any other performance-enhancing supplement?
 - Have you ever taken any supplements to help you gain or lose weight or improve your performance?
 - Do you wear a seat belt, use a helmet, and use condoms?
- Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (Q4–Q13 of History Form).

EXAMINATION		
Height:	Weight:	
BP: / (/)	Pulse:	Vision: R 20/ L 20/ Corrected: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance • Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, hyperlaxity, myopia, mitral valve prolapse [MVP], and aortic insufficiency)	<input type="checkbox"/>	
Eyes, ears, nose, and throat • Pupils equal • Hearing	<input type="checkbox"/>	
Lymph nodes	<input type="checkbox"/>	
Heart ^a • Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and ± Valsalva maneuver)	<input type="checkbox"/>	
Lungs	<input type="checkbox"/>	
Abdomen	<input type="checkbox"/>	
Skin • Herpes simplex virus (HSV), lesions suggestive of methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), or tinea corporis	<input type="checkbox"/>	
Neurological	<input type="checkbox"/>	
MUSCULOSKELETAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Neck	<input type="checkbox"/>	
Back	<input type="checkbox"/>	
Shoulder and arm	<input type="checkbox"/>	
Elbow and forearm	<input type="checkbox"/>	
Wrist, hand, and fingers	<input type="checkbox"/>	
Hip and thigh	<input type="checkbox"/>	
Knee	<input type="checkbox"/>	
Leg and ankle	<input type="checkbox"/>	
Foot and toes	<input type="checkbox"/>	
Functional • Double-leg squat test, single-leg squat test, and box drop or step drop test	<input type="checkbox"/>	

^a Consider electrocardiography (ECG), echocardiography, referral to a cardiologist for abnormal cardiac history or examination findings, or a combination of those.

Name of health care professional (print or type): _____ Date of Examination: _____

Address: _____ Phone: _____

Signature of health care professional: _____, MD, DO, NP, or PA

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

MEDICAL ELIGIBILITY FORM

Name: _____ Date of birth: _____

Medically eligible for all sports without restriction

Medically eligible for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment of

Medically eligible for certain sports

Not medically eligible pending further evaluation

Not medically eligible for any sports

Recommendations: _____

I have examined the student named on this form and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not have apparent clinical contraindications to practice and can participate in the sport(s) as outlined on this form. A copy of the physical examination findings are on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the physician may rescind the medical eligibility until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents or guardians).

Name of health care professional (print or type): _____ Date of Examination: _____

Address: _____ Phone: _____

Signature of health care professional: _____, MD, DO, NP, or PA

SHARED EMERGENCY INFORMATION

Allergies: _____

Medications: _____

Other information: _____

Emergency contacts: _____
