

## PHYSICAL EXAM FORM FOR SPORTS PARTICIPATION- GREENWICH SCHOOLS

Historia de la salud (Para ser leído por los Padres / Guardianes)

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Deporte que juega (1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_ (3) \_\_\_\_\_

**Todas las preguntas deben ser respondidas. Todos las respuestas "sí" de ben ser explicadas en el espacio abajo designado. Use una hoja adicional si necesario.**

**Sí**  **No**

**Si**  **No**

Alergia - Auto Inyección de Adrenalina para:  
Crisis Severas de Alergia: Sí o No (Circule)

Fiebre Reumática

Lesión en la Cabeza, Concusión, Perdida de Conciencia

Mononucleose

Dolores de Cabeza Constantes, Mareo, Desmayos

Hepatitis

Incapacidad Visual

Inhalador p/ Asma, Sí o No ( circule)

Lesión en el Ojo, Despegamiento de la Retina

Recen Enfermedad Viral

Anteojos, Lentes de Contacto

Desmayo/Cansacio por alta Temperatura del Cuerpo

Sangramiento Constante de la Nariz

Lesión Ortopédica, i.e., Rodilla, Tobillo y Hombros

Incapacidad de oír

Huesos Quebrados

Puente Dental, Placa Dental, Grapas

Lesión en el Cuello, Espina y Bajo Lumbar

Problemas en el Corazón, Murmullo, Arritmia

Escoliosis

Alta tensión Sanguínea

Hospitalizaciones

Dolor en el Pecho, o Desmayo durante Ejercicios

Cirugía

Tos, Estornudos, Respiración Pequeña  
con los Ejercicios Físicos o Tiempo Frío

Muerte de Una Persona de la Familia más Joven  
que 40 año de Edad por Enfermedad

Ataque al Corazón o Infarto de un Miembro de  
da Familia que es más joven que 50 años

Disturbios en la Piel

Problemas Gastrointestinales

Medicaciones en el Momento

Problemas Urinarios o el los Riñones

Falta algún Órgano

Enfermedad Crónica o Recurrente

Disturbios Menstruales

Disturbios en la Coagulación de la Sangre

Otras Informaciones

Yo doy mi permisión para que la información apropiada de deportes de este formulario sea compartida con el entrenador y su staff para el mantenimiento de un medio ambiente saludable y seguro durante la platica de los programas de deportes. (Yo actualizaré la información, si necesario, durante el año escolar). Además, yo estoy informado (a) l riesgo inherente, en Atletismo, y doy mi permiso para que mi niño inténtelo y participe.

\_\_\_\_\_  
Signatura de los Padres o Guardianes:

\_\_\_\_\_  
Fecha:

Por Favor llene el otro lado.

9/00 – revised 08/26/02 – Sp.Version

Student's Name \_\_\_\_\_

D.O.B. \_\_\_\_\_  Male  Female

STUDENT'S NAME \_\_\_\_\_ GD. \_\_\_ D.O.B. \_\_\_\_\_ MALE \_\_\_ FEMALE \_\_\_

PHYSICIAN'S EXAM

HEIGHT \_\_\_\_\_ WEIGHT \_\_\_\_\_ BLOOD PRESSURE \_\_\_\_\_ SPINAL CURVATURE \_\_\_\_\_

LAST TETANUS TOXOID BOOSTER WAS ON \_\_\_\_\_

PHYSICAL EVALUATION

\_\_\_\_\_ I find this student physically qualified to participate in ALL supervised sports.

\_\_\_\_\_ This student should have the following problems evaluated prior to participation in ANY competitive athletics:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**This student has health problems, which would prohibit him/her from participating in specific competitive athletics.**

YES \_\_\_ NO \_\_\_

RESTRICTIONS: CIRCLE BELOW

- |               |              |              |          |             |
|---------------|--------------|--------------|----------|-------------|
| Badminton     | Fencing      | Ice Hockey   | Soccer   | Volleyball  |
| Baseball      | Field Hockey | Indoor Track | Softball | Water Polo  |
| Basketball    | Football     | Lacrosse     | Swimming | Wrestling   |
| Cheerleading  | Golf         | Rugby        | Tennis   | Other _____ |
| Cross Country | Gymnastics   | Skiing       | Track    | _____       |

In addition to reviewing the health history and immunization records, this certifies that I have performed a complete Physical Exam including evaluation of the musculo-skeletal system.

**THIS EXAM IS VALID FOR THIRTEEN (13) MONTHS FROM THE DATE OF THE EXAM. IF THIS PHYSICAL EXAM EXPIRES DURING A SPORT SEASON, THE STUDENT WILL NOT BE ELIGIBLE TO PARTICIPATE (PRACTICE OR PLAY) UNTIL A NEW EXAM HAS BEEN SUBMITTED AND APPROVED BY THE SCHOOL NURSE.**

\_\_\_\_\_  
Signature of Physician      Date of Exam      Telephone # of Physician      Physician (stamp)

Please return this form to the School Nurse before the first day of tryouts.