



FORMA DEL EXAMEN DEPORTIVO FÍSICO

PARTE 1 (PARA SER LLENADO POR EL PADRE O GUARDIÁN LEGAL)

Form with fields: APELLIDO, NOMBRE, GRADO, FECHA DE NACIMIENTO, DEPORTE DEL OTOÑO, DEPORTE DEL INVIERNO, DEPORTE DE LA PRIMAVERA, NUMERO ID DEL ESTUDIANTE

PART 1 – HISTORIAL DE SALUD (Debe ser llenado por el Padre/Guardián antes del examen)

Table with 15 rows of health questions. Columns include 'Sí', 'No', and question text. Includes sub-sections: 'Ha tenido el estudiante esto:', 'Actualmente tiene su estudiante esto:', and 'Más Historial:'.

Fecha de la última vacuna del tétanos: _____ Fecha del último examen físico: _____

Explique todas las respuestas "Sí". Describa cualquier hecho que deba ser discutido antes del examen (Use la parte posterior de la forma si lo necesita):

AUTHORIZACIÓN: Yo autorizo al proveedor de atención médica a realizar un examen físico deportivo del estudiante. La información descrita anteriormente es completa y correcta. Actualmente no sé de ninguna razón por la cual el estudiante no pueda participar plena y seguramente en los deportes mencionados.

Form with fields: LETRA IMPRESA DEL PADRE/GUARDIÁN, FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN, DOMICILIO, TELÉFONO DEL EMPLEO, TELÉFONO DEL HOGAR, FECHA, NOMBRE DEL DOCTOR REGULAR, TELÉFONO DE LA OFICINA, PROVEEDOR CLÍNICO U ORGANIZACIÓN

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)

Table for medical evaluation with columns: NORMAL, ABNORMAL (Describe), (May be contained on Provider's Form). Includes fields for Eyes/Ears/Nose/Throat, Heart, lungs, pulmonary function, Abdomen, genital/hernia (males), Skin and Musculoskeletal, Neurologic Screening Exam (NSE)/ Concussion Screening Evaluation, Comments, PHYSICIAN STAMP, PRINT NAME OF PHYSICIAN, PHYSICIAN'S SIGNATURE, DATE.