



## DISTRITO ESCOLAR DEL CONDADO DE PALM BEACH

## Elegibilidad para participar en deportes en la escuela intermedia

Con el objetivo de que su hijo(a) sea elegible para participar en deportes en su escuela intermedia durante el próximo año escolar, ustedes y su hijo deben llenar este formulario y firmar donde está indicado. **¡Asegúrense de leer cada página cuidadosamente antes de firmar!** Los padres o los estudiantes (si es un adulto o libre de tutela) necesitan firmarlos frente a un notario. **No podemos** autenticar ningún papel que haya sido firmado previamente.

Nombre completo: (apellido, nombre, inicial del 2do. nombre)				Número del estudiante:		Fecha:	
Sexo	Edad	Grado actual	Año escolar	Fecha de nacimiento	Nombre de uno de los padres o tutores legales		
Dirección del estudiante ( <i>calle, No. de apto., ciudad, estado, código postal</i> )						Número de teléfono	
Primera escuela a la que asistió este año				Escuela a la que asistió el año pasado			
Persona a contactar en caso de emergencia				Parentesco con el estudiante			
Dirección de la persona a contactar en caso de emergencia ( <i>calle, y No. de apto., ciudad, estado, código postal</i> )							
No. de teléfono del trabajo		Médico de cabecera del estudiante				No. de teléfono del médico	
Deportes en que desea participar							
<b>PRUEBA DE SEGURO DE SALUD DEL ESTUDIANTE</b>							
Nombre del asegurado (seguro que cubre al estudiante)			Parentesco del asegurado con el estudiante			Lugar de empleo del asegurado	
Nombre de la compañía de seguro médico (seguro que cubre al estudiante)					Número de póliza		
<b>REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD PARA PARTICIPAR EN DEPORTES EN LA ESCUELA INTERMEDIA</b>							

**LOS ESTUDIANTES PROCEDENTES DE OTRA ESCUELA Y LOS QUE INGRESAN POR PRIMERA VEZ** tienen que tener los datos de calificaciones en el archivo antes de poder participar en deportes.

**TODA DEUDA DEL ESTUDIANTE** tiene que saldarse antes de que se le permita participar en deportes o actividades.

**TODAS LAS SECCIONES DE ESTE FORMULARIO** se tienen que llenar, firmar y **ESTAR EN EL ARCHIVO** de la oficina del Director(a) del Dpto. de Deportes diez días antes de la primera competencia.

**TODO ESTUDIANTE TIENE QUE TENER** una copia de su partida de nacimiento\* en el archivo del Dpto. de Deportes.

**UN ESTUDIANTE QUE HAYA CUMPLIDO LOS 15 AÑOS DE EDAD** antes del 1ro. de septiembre del año escolar en curso puede presentar una exención de dificultad al Director del Dpto. de Deportes para que lo consideren para participar.

**TODOS LOS ESTUDIANTES TIENEN QUE PRESENTAR** prueba de cobertura de seguro.

**UN ESTUDIANTE PUEDE** participar en deportes durante tres años consecutivos, a partir del momento en que termine satisfactoriamente el quinto grado.

**EL REPROBAR MÁS DE UNA (1) MATERIA** durante un período de calificaciones de nueve semanas ocasionará la inelegibilidad del estudiante para participar en prácticas y competencias deportivas durante el siguiente período de calificaciones de nueve semanas. Una calificación de "I" (incompleto) será considerada igual que una "F" hasta que sea reemplazada con una nota de aprobado. Además, el estudiante debe mantener un promedio en el índice académico (*GPA*) de 2.0 al igual que una conducta aceptable durante el período de nueve semanas previo a su elegibilidad. Las calificaciones obtenidas durante las clases de verano se calcularán para determinar los cursos aprobados durante el período anterior. Para determinar el promedio del índice académico (*GPA*), se calcularán las calificaciones de los cursos tomados durante las clases de verano junto con las del último período de calificaciones del año anterior. El estudiante también debe mantener una conducta satisfactoria. (según la norma 5.60 de la Junta Escolar).

\* Si la anterior documentación requerida no está disponible, comuníquese con el director de deportes para recibir otras indicaciones.

Escuela <b>Conniston Middle School</b>	Firma del Director del Departamento de Deportes <b>V. Quaranta</b>	No. de teléfono <b>561-802-5400</b>
---	---	--


**DECLARACIÓN JURADA SOBRE EL DOMICILIO PARA SER ELEGIBLE A PARTICIPAR EN DEPORTES INTERESCOLARES**

Vivo con: (*marque una*)  ambos padres  mi madre  mi padre  tutor otro \_\_\_\_\_

parentesco (con el otro) \_\_\_\_\_ He vivido con la persona(s) nombrada anteriormente desde \_\_\_\_\_

Si las siguientes opciones presentadas no explican adecuadamente su situación domiciliaria, adjunte una nota explicándola.

- Vivo en el área de asistencia asignada para esta escuela.  He sido aceptado en el Programa de Especialización.
- Estoy asistiendo a esta escuela bajo una reasignación estudiantil aprobada. (*Es necesario haber presentado una solicitud al especialista de reasignaciones y haber sido aprobado*).
- He sido asignado a esta escuela por El Departamento de Educación para Estudiantes Excepcionales.

**CERTIFICADO DE CONSENTIMIENTO Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD - LEA CUIDADOSAMENTE ANTES DE FIRMAR**

Yo (el estudiante) y nosotros (los padres de familia) hemos leído el Reglamento de Elegibilidad (resumido) de la Asociación de Actividades de Escuelas Secundarias de la Florida (*Florida High School Athletic Association, FHSAA*) y entendemos que es un resumen de las reglas de la *FHSAA*. También entendemos que en la oficina administrativa de la escuela está a nuestra disposición una copia completa de estas normas las cuales podemos revisar. No conocemos ninguna razón por la que no pueda ser elegible (el estudiante) para representar a la escuela en competencias deportivas. Si es aceptado como tal, estamos de acuerdo en cumplir con los reglamentos de la escuela y de la *FHSAA* y regirme conforme a sus decisiones. Sabemos que participar es un privilegio. Se nos ha informado y conocemos los riesgos que implican la participación en deportes y comprendemos que hay posibilidades de sufrir lesiones graves y hasta de morir durante la misma y los aceptamos. Yo (el estudiante) acepto por voluntad propia, cualquier y toda responsabilidad por mi seguridad y bienestar durante mi participación en deportes y comprendo completamente los riesgos a que me expongo. Libramos de toda responsabilidad o culpabilidad a la escuela, los empleados del distrito escolar y sus agentes, las escuelas contra las que compita, la Junta Escolar del Condado de Palm Beach y los jueces de la competencia, a la Federación Nacional de Asociaciones de Escuelas Secundarias Estatales (*NFHS*) y a la *FHSAA*, por cualquier lesión sufrida o algún reclamo debido a mi participación; y estoy de acuerdo en no tomar ninguna acción legal en contra de cualquiera de las entidades mencionadas anteriormente por ningún accidente o percance relacionado con mi participación en deportes. Más aún, autorizamos la **ASISTENCIA MÉDICA EN CASO DE EMERGENCIA** para nuestro hijo(a) o pupilo en caso de ser necesario mientras se encuentre bajo la supervisión de la escuela. **En consideración por haberme permitido participar en programas interescolares deportivos, yo y/o nosotros, mis y/o nuestros herederos, ejecutores y administradores, eximimos y excluimos por siempre a LA JUNTA ESCOLAR DEL CONDADO DE PALM BEACH, FLORIDA, a sus agentes, representantes y empleados de toda responsabilidad, reclamos, acciones, daños, costos o gastos que pueda/podamos tener en su contra, los que pudieran surgir de alguna manera o que pudieran estar relacionados con mi (el estudiante) participación en el programa deportivo interescolar, incluyendo el transporte asociado con dicho programa. Yo y/o nosotros entendemos que esta dispensación incluye reclamos en base a negligencia, acción o inacción de cualquiera de las entidades o personas antes mencionadas.** Yo y/o nosotros autorizamos que la escuela o el Distrito use fotos, videos, composiciones, grabación de voz, nombre, grado, nombre de la escuela, descripción de la participación y estadísticas en actividades y deportes oficialmente reconocidos, peso y estatura como miembro de un equipo deportivo, fechas de asistencia, diplomas y premios recibidos, fecha y lugar de nacimiento y las escuelas a las que asistió previamente el estudiante, en periódicos, producciones escolares, páginas en la Internet, etc. y en publicaciones similares patrocinadas por la escuela o el Distrito o en entrevistas autorizadas por la escuela o el Distrito para los medios de comunicación, videos, artículos o fotografías. Sin embargo, las partes exentas no tienen ninguna obligación de ejercer los derechos aquí estipulados. Doy/damos consentimiento para que mi y/o nuestro hijo o pupilo participe en los siguientes deportes interescolares que yo y/o nosotros **NO HEMOS EXCLUIDO**: béisbol, baloncesto, fútbol, sófbol, atletismo y vóleibol.

(Otros deportes agregados por la escuela a este formulario)

---

Entiendo/entendemos que la participación en deportes puede requerir que el estudiante salga de clase más temprano. Doy/damos nuestro consentimiento para que la escuela de nuestro hijo o pupilo le revele a la *FHSAA*, cuando lo solicite, todos sus datos (sobre deportes o de otra índole) financieros, académicos y de asistencia a dicha escuela de forma detallada.

**APÉNDICE AL CONSENTIMIENTO Y LA AUTORIZACIÓN**

Este formulario se creó para cumplir con las provisiones de la § 744.301 de los estatutos de la Florida ya que se trata de la ejecución de una exención o autorización realizada por uno de los padres o tutores de parte del su hijo(a) o pupilo. Este apéndice aplica a los padres o tutores que deciden perder el derecho de participación en actividades su hijo o pupilo por adelantado.

**NOTIFICACIÓN PARA LOS TUTORES NATURALES DE UN NIÑO MENOR DE EDAD**

**LEA ESTE FORMULARIO COMPLETA Y CUIDADOSAMENTE. EN ÉL, ESTÁN CONVINIENDO PERMITIRLE A SU HIJO MENOR DE EDAD QUE PARTICIPE EN UNA ACTIVIDAD QUE ES POTENCIALMENTE PELIGROSA. TAMBIÉN ESTÁN ACORDANDO QUE AUNQUE LA JUNTA ESCOLAR DEL CONDADO DE PALM BEACH, FLORIDA TENGA CUIDADO LÓGICO CUANDO SE REALIZA DICHA ACTIVIDAD, EXISTE LA POSIBILIDAD DE QUE SU HIJO PUEDA LESIONARSE SERIAMENTE O MATARSE AL PARTICIPAR PORQUE HAY CIERTOS PELIGROS INHERENTES A DICHA ACTIVIDAD LOS CUALES NO PUEDEN SER EVITADOS O ELIMINADOS. AL FIRMAR ESTE FORMULARIO USTEDES ESTÁN RENUNCIANDO A LOS DERECHOS DE SU HIJO Y LOS SUYOS PARA RECUPERARSE POR MEDIO DE UNA DEMANDA LEGAL CONTRA LA JUNTA ESCOLAR DEL CONDADO DE PALM BEACH, FLORIDA, POR DAÑOS PERSONALES, INCLUYENDO LA MUERTE DE SU HIJO, O POR DAÑOS A CUALQUIER PROPIEDAD, COMO RESULTADO DE LOS RIESGOS QUE SON PARTE NATURAL DE LA ACTIVIDAD. USTEDES TIENEN EL DERECHO DE NEGARSE A FIRMAR ESTE FORMULARIO Y LA JUNTA ESCOLAR DEL CONDADO DE PALM BEACH, FLORIDA, TIENE EL DERECHO DE NEGARLE LA PARTICIPACIÓN DE SU HIJO SI USTEDES NO FIRMAN ESTE FORMULARIO.**

**YO / NOSOTROS HEMOS LEÍDO CUIDADOSAMENTE ESTE CERTIFICADO, LO ENTENDEMOS Y SABEMOS QUE INCLUYE UNA EXENCIÓN**

Ambos padres o el tutor legal deben firmar en el lugar correspondiente



_____	_____	_____	_____
<i>Firma del estudiante</i>	<i>Fecha</i>	<i>Firma de uno de los padres o tutores</i>	<i>Fecha</i>
_____		_____	_____
		<i>Firma de uno de los padres o tutores</i>	<i>Fecha</i>

ESTADO DE LA FLORIDA



CONDADO DE \_\_\_\_\_

Jurado o afirmado y suscrito en mi presencia el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, por \_\_\_\_\_.

*(padre/tutor o adulto/estudiante libre de tutela)*

Conocido personalmente \_\_\_\_\_ o por identificación presentada \_\_\_\_\_

Tipo de indentificación presentada \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma del notario público - Estado de la Florida*

**Must Be Notarized! Debe estar notariado!**



DISTRITO ESCOLAR DEL CONDADO DE PALM BEACH

# Consentimiento Médico para Estudiantes Atletas

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

El estudiante, conocido por este medio como el paciente, y su padre(s) o tutor(es) legal, cuyas firmas se adjuntan más adelante, consienten por este medio a todas y cada una de las emergencias médicas o tratamiento quirúrgico incluyendo anestесias y operaciones que pueden ser aconsejadas por los médicos o cirujanos del paciente. Siendo la intención de la presente el otorgar autorización para administrar y realizar todos y particularmente exámenes, tratamientos, anestесias, operaciones y procedimientos de diagnosis los cuales pueden ser considerados recomendables o necesarios. También acordamos que el paciente, una vez admitido, debe permanecer en el hospital hasta que su médico recomiende darle de alta. (Adjunte páginas adicionales si es necesario, incluyendo cualquier disposición importante contenida en el Plan Individual de Educación o en el Plan según la seccion 504 del estudiante). En caso de emergencia, se harán esfuerzos razonables para informar a los padres. Esto no impedirá que el proveedor de cuidados de salud de emergencia actúe en el mejor interés de su hijo.

En constancia de nuestro consentimiento y acuerdo en los asuntos indicados anteriormente, hemos suscrito nuestras firmas a continuación.

\_\_\_\_\_  
*Firma del estudiante* \_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del padre o tutor* \_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del padre o tutor* \_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Número de teléfonos para llamar en caso de emergencia*

## NOTARIZACIÓN DE LA FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL O ESTUDIANTE ADULTO O EMANCIPADO

ESTADO DE LA FLORIDA  
CONDADO DE \_\_\_\_\_

Jurado o afirmado y suscrito delante de mí, este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_,  
por \_\_\_\_\_.

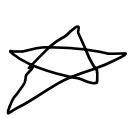
\_\_\_\_\_  
*(padre o tutor o estudiante adulto o emancipado)*

Conocido personalmente \_\_\_\_\_ o presentó identificación \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma del notario público - Estado de la Florida*

Tipo de identificación presentada \_\_\_\_\_

**Must Be Notarized! Debe estar notariado!**



# Debe obtener un examen físico deportivo



## PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION (Page 1 of 4)

This medical history form should be retained by the healthcare provider and/or parent.

This form is valid for 365 calendar days from the date signed below.

**EL2**

Revised 4/23

### MEDICAL HISTORY FORM

**Student Information** (to be completed by student and parent) *print legibly*

Student's Full Name: \_\_\_\_\_ Sex Assigned at Birth: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 School: \_\_\_\_\_ Grade in School: \_\_\_\_\_ Sport(s): \_\_\_\_\_  
 Home Address: \_\_\_\_\_ City/State: \_\_\_\_\_ Home Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Name of Parent/Guardian: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
 Person to Contact in Case of Emergency: \_\_\_\_\_ Relationship to Student: \_\_\_\_\_  
 Emergency Contact Cell Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Work Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Other Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Family Healthcare Provider: \_\_\_\_\_ City/State: \_\_\_\_\_ Office Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

List past and current medical conditions:

Have you ever had surgery? If yes, please list all surgical procedures and dates:

Medicines and supplements (please list all current prescription medications, over-the-counter medicines, and supplements (herbal and nutritional):

Do you have any allergies? If yes, please list all of your allergies (i.e., medicines, pollens, food, insects):

#### Patient Health Questionnaire version 4 (PHQ-4)

Over the past two weeks, how often have you been bothered by any of the following problems? (Circle response)

	Not at all	Several days	Over half of the days	Nearly everyday
Feeling nervous, anxious, or on edge	0	1	2	3
Not being able to stop or control worrying	0	1	2	3
Little interest or pleasure in doing things	0	1	2	3
Feeling down, depressed, or hopeless	0	1	2	3

GENERAL QUESTIONS		Yes	No	HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT YOU		Yes	No
Explain "Yes" answers at the end of this form. Circle questions if you don't know the answer.				<i>(continued)</i>			
1	Do you have any concerns that you would like to discuss with your provider?			8	Has a doctor ever requested a test for your heart? For example, electrocardiography (ECG) or echocardiography (ECHO)?		
2	Has a provider ever denied or restricted your participation in sports for any reason?			9	Do you get light-headed or feel shorter of breath than your friends during exercise?		
3	Do you have any ongoing medical issues or recent illnesses?			10	Have you ever had a seizure?		
HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT YOU		Yes	No	HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT YOUR FAMILY		Yes	No
4	Have you ever passed out or nearly passed out during or after exercise?			11	Has any family member or relative died of heart problems or had an unexpected or unexplained sudden death before age 35? (including drowning or unexplained car crash)		
5	Have you ever had discomfort, pain, tightness, or pressure in your chest during exercise?			12	Does anyone in your family have a genetic heart problem such as hypertrophic cardiomyopathy (HCM), Marfan Syndrome, arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy (ARVC), long QT syndrome (LQTS), short QT syndrome (SQTS), Brugada syndrome, or catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia (CPVT)?		
6	Does your heart ever race, flutter in your chest, or skip beats (irregular beats) during exercise?			13	Has anyone in your family had a pacemaker or an implanted defibrillator before age 35?		
7	Has a doctor ever told you that you have any heart problems?						

**This form is not considered valid unless all sections are complete.**



# PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION (Page 2 of 4)

This medical history form should be retained by the healthcare provider and/or parent.

This form is valid for 365 calendar days from the date signed below.

**EL2**

Revised 4/23

Student's Full Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ School: \_\_\_\_\_

BONE AND JOINT QUESTIONS		Yes	No	MEDICAL QUESTIONS (continued)		Yes	No
14	Have you ever had a stress fracture?			26	Do you worry about your weight?		
15	Did you ever injure a bone, muscle, ligament, joint, or tendon that caused you to miss a practice or game?			27	Are you trying to or has anyone recommended that you gain or lose weight?		
16	Do you have a bone, muscle, ligament, or joint injury that currently bothers you?			28	Are you on a special diet or do you avoid certain types of foods or food groups?		
MEDICAL QUESTIONS		Yes	No	29	Have you ever had an eating disorder?		
17	Do you cough, wheeze, or have difficulty breathing during or after exercise or has a provider ever diagnosed you with asthma?			Explain "Yes" answers here: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____			
18	Are you missing a kidney, an eye, a testicle, your spleen, or any other organ?						
19	Do you have groin or testicle pain or a painful bulge or hernia in the groin area?						
20	Do you have any recurring skin rashes or rashes that come and go, including herpes or methicillin-resistant staphylococcus aureus (MRSA)?						
21	Have you had a concussion or head injury that caused confusion, a prolonged headache, or memory problems?						
22	Have you ever had numbness, had tingling, had weakness in your arms or legs, or been unable to move your arms or legs after being hit or falling?						
23	Have you ever become ill while exercising in the heat?						
24	Do you or does someone in your family have sickle cell trait or disease?						
25	Have you ever had or do you have any problems with your eyes or vision?						

**This form is not considered valid unless all sections are complete.**

Participation in high school sports is not without risk. The student-athlete and parent/guardian acknowledge truthful answers to the above questions allows for a trained clinician to assess the individual student-athlete against risk factors associated with sports-related injuries and death. Florida Statute 1006.20 requires a student candidate for an interscholastic athletic team to successfully complete a preparticipation physical evaluation as the first step of injury prevention. This preparticipation physical evaluation shall be completed each year before participating in interscholastic athletic competition or engaging in any practice, tryout, workout, conditioning, or other physical activity, including activities that occur outside of the school year.

We hereby state, to the best of our knowledge, that our answers to the above questions are complete and correct. In addition to the routine physical evaluation required by Florida Statute 1006.20, and FHSAA Bylaw 9.7, we understand and acknowledge that we are hereby advised that the student should undergo a cardiovascular assessment, which may include such diagnostic tests as electrocardiogram (ECG), echocardiogram (ECHO), and/or cardio stress test. The FHSAA Sports Medicine Advisory Committee strongly recommends a medical evaluation with your healthcare provider for risk factors of sudden cardiac arrest which may include the special tests listed above.

Student-Athlete Name: \_\_\_\_\_ (printed) Student-Athlete Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Parent/Guardian Name: \_\_\_\_\_ (printed) Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Parent/Guardian Name: \_\_\_\_\_ (printed) Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_



**PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION (Page 3 of 4)**  
*This medical history form should be retained by the healthcare provider and/or parent.  
 This form is valid for 365 calendar days from the date signed below.*

**EL2**

Revised 4/23

**PHYSICAL EXAMINATION FORM**

Student's Full Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ School: \_\_\_\_\_

**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?	• 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?	

Verify completion of FHSAA EL2 Medical History (pages 1 and 2), review these medical history responses as part of your assessment. Cardiovascular history/symptom questions include Q4-Q13 of Medical History form. *(check box if complete)*

**EXAMINATION**

**Height:** \_\_\_\_\_ **Weight:** \_\_\_\_\_

**BP:** \_\_\_ / \_\_\_ ( \_\_\_ / \_\_\_ ) **Pulse:** \_\_\_\_\_ **Vision:** R 20/ \_\_\_\_\_ L 20/ \_\_\_\_\_ **Corrected:** Yes No

<b>MEDICAL - healthcare professional shall initial each assessment</b>	<b>NORMAL</b>	<b>ABNORMAL FINDINGS</b>
Appearance • Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyl, hyperlaxity, myopia, mitral valve prolapse [MVP], and aortic insufficiency)		
Eyes, Ears, Nose, and Throat • Pupils equal • Hearing		
Lymph Nodes		
Heart • Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and Valsalva maneuver)		
Lungs		
Abdomen		
Skin • Herpes Simplex Virus (HSV), lesions suggestive of Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus (MRSA), or tinea corporis		
Neurological		

<b>MUSCULOSKELETAL - healthcare professional shall initial each assessment</b>	<b>NORMAL</b>	<b>ABNORMAL FINDINGS</b>
Neck		
Back		
Shoulder and Arm		
Elbow and Forearm		
Wrist, Hand, and Fingers		
Hip and Thigh		
Knee		
Leg and Ankle		
Foot and Toes		
Functional • Double-leg squat test, single-leg squat test, and box drop or step drop test		

**This form is not considered valid unless all sections are complete.**

\*Consider electrocardiography (ECG), echocardiography (ECHO), referral to a cardiologist for abnormal cardiac history or examination findings, or any combination thereof. The FHSAA Sports Medicine Advisory Committee strongly recommends to a student-athlete (parent), a medical evaluation with your healthcare provider for risk factors of sudden cardiac arrest which may include an electrocardiogram.

Name of Healthcare Professional (print or type): \_\_\_\_\_ Date of Exam: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Phone: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Signature of Healthcare Professional: \_\_\_\_\_ Credentials: \_\_\_\_\_ License #: \_\_\_\_\_

*Modified from © 2019 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine. Permission is granted to reprint for noncommercial, educational purposes with acknowledgment.*



# PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION (Page 4 of 4)

**SUBMIT THIS MEDICAL ELIGIBILITY FORM TO THE SCHOOL**

*This form is valid for 365 calendar days from the date signed below.*

**EL2**

Revised 4/23

## MEDICAL ELIGIBILITY FORM

### Student Information (to be completed by student and parent) *print legibly*

Student's Full Name: \_\_\_\_\_ Sex Assigned at Birth: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 School: \_\_\_\_\_ Grade in School: \_\_\_\_\_ Sport(s): \_\_\_\_\_  
 Home Address: \_\_\_\_\_ City/State: \_\_\_\_\_ Home Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Name of Parent/Guardian: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
 Person to Contact in Case of Emergency: \_\_\_\_\_ Relationship to Student: \_\_\_\_\_  
 Emergency Contact Cell Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Work Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Other Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Family Healthcare Provider: \_\_\_\_\_ City/State: \_\_\_\_\_ Office Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

- Medically eligible for all sports without restriction
- Medically eligible for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment of: *(use additional sheet, if necessary)*

Medically eligible for only certain sports as listed below:

Not medically eligible for any sports

Recommendations: *(use additional sheet, if necessary)*

I hereby certify that I have examined the above-named student-athlete using the FHSAA EL2 Preparticipation Physical Evaluation and have provided the conclusion(s) listed above. A copy of the exam has been retained and can be accessed by the parent as requested. Any injury or other medical conditions that arise after the date of this medical clearance should be properly evaluated, diagnosed, and treated by an appropriate healthcare professional prior to participation in activities.

Name of Healthcare Professional (print or type): \_\_\_\_\_ Date of Exam: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_ Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Signature of Healthcare Professional: \_\_\_\_\_ Credentials: \_\_\_\_\_ License #: \_\_\_\_\_

### SHARED EMERGENCY INFORMATION - completed at the time of assessment by practitioner and parent

Check this box if there is no relevant medical history to share related to participation in competitive sports.

Provider Stamp *(if required by school)*

Medications: *(use additional sheet, if necessary)*

List: \_\_\_\_\_

Relevant medical history to be reviewed by athletic trainer/team physician: *(explain below, use additional sheet, if necessary)*

- Allergies  Asthma  Cardiac/Heart  Concussion  Diabetes  Heat Illness  Orthopedic  Surgical History  Sickle Cell Trait  Other

Explain: \_\_\_\_\_

Signature of Student: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Signature of Parent/Guardian: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

We hereby state, to the best of our knowledge the information recorded on this form is complete and correct. We understand and acknowledge that we are hereby advised that the student should undergo a cardiovascular assessment, which may include such diagnostic tests as electrocardiogram (ECG), echocardiogram (ECHO), and/or cardio stress test.

**This form is not considered valid unless all sections are complete.**





**PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION (Supplement)**

*SUBMIT THIS MEDICAL ELIGIBILITY FORM TO THE SCHOOL*

*This form is valid for 365 calendar days from the date signed below.*

**EL2**

**Revised 4/23**

*This form is only used, or requested, if a student-athlete has been referred for additional evaluation, prior to full medical clearance.*

**MEDICAL ELIGIBILITY FORM - Referred Provider Form**

**Student Information** (to be completed by student and parent) *print legibly*

Student's Full Name: \_\_\_\_\_ Sex Assigned at Birth: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
 School: \_\_\_\_\_ Grade in School: \_\_\_\_\_ Sport(s): \_\_\_\_\_  
 Home Address: \_\_\_\_\_ City/State: \_\_\_\_\_ Home Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Name of Parent/Guardian: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
 Person to Contact in Case of Emergency: \_\_\_\_\_ Relationship to Student: \_\_\_\_\_  
 Emergency Contact Cell Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Work Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Other Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Family Healthcare Provider: \_\_\_\_\_ City/State: \_\_\_\_\_ Office Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Referred for: \_\_\_\_\_ Diagnosis: \_\_\_\_\_

*I hereby certify the evaluation and assessment for which this student-athlete was referred has been conducted by myself or a clinician under my direct supervision with the conclusions documented below:*

- Medically eligible for all sports without restriction as of the date signed below
- Medically eligible for all sports without restriction after completion of the following treatment plan: *(use additional sheet, if necessary)*

Medically eligible for only certain sports as listed below:

Not medically eligible for any sports

Further Recommendations: *(use additional sheet, if necessary)*

Name of Healthcare Professional (print or type): \_\_\_\_\_ Date of Exam: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Signature of Healthcare Professional: \_\_\_\_\_ Credentials: \_\_\_\_\_ License #: \_\_\_\_\_

Provider Stamp *(if required by school)*