

CORNING UNION HIGH SCHOOL – ATHLETIC PHYSICAL EXAMINATION FORM

Student Name/Nombre del estudiante _____ Grade/Calificación _____
 Age/Edad: _____ Date of Birth/Fecha de Nacimiento: _____
 Male/Hombre: _____ Female/Mujer: _____

Health Screening Examination
 (To be completed and signed by a physician)

Height: _____ Weight: _____
 Blood Pressure: _____ Vision: _____

Health History
 (To be completed and signed by parent/guardian)

Has your child ever had or does he/she now have any of the following?

Yes	No	
1	<input type="checkbox"/>	Enfermedades crónicas o recurrentes _____
2	<input type="checkbox"/>	Enfermedades que duren más de un semana _____
3	<input type="checkbox"/>	Hospitalizaciones _____
4	<input type="checkbox"/>	Cirugía, distinta de la amigdalectomía _____
5	<input type="checkbox"/>	Problema con la presión arterial o el corazón _____
6	<input type="checkbox"/>	Conmoción cerebral _____
7	<input type="checkbox"/>	Mareos, desmayos o dolores de cabeza frecuentes _____
8	<input type="checkbox"/>	Lesión de rodilla o tobillo _____
9	<input type="checkbox"/>	Dislocaciones articulares _____
10	<input type="checkbox"/>	Huesos rotos _____
11	<input type="checkbox"/>	Falta un órgano _____
12	<input type="checkbox"/>	Epilepsia o trastorno convulsivo _____
13	<input type="checkbox"/>	Asma o dificultad para respirar _____
14	<input type="checkbox"/>	Diabetes _____
15	<input type="checkbox"/>	Trastorno nervioso o enfermedad mental _____
16	<input type="checkbox"/>	Agotamiento por calor o insolación _____
17	<input type="checkbox"/>	Usar anteojos o lentes de contacto _____
18	<input type="checkbox"/>	Use aparatos dentales _____
19	<input type="checkbox"/>	Hay motivo por el cual el estudiante no debería participar en deportes _____
20	<input type="checkbox"/>	Historia familiar de muerte antes de los 50 _____

Permiso y autorización de padres/tutores

Declaro que la información anterior es correcta para mi leal saber y entender. Entiendo que este es un examen de detección para determinar si existe algún problema médico obvio que impida que mi hijo participe en eventos deportivos escolares. Este examen no es un examen médico completo. Debe comunicarse con su médico de familia para sus necesidades médicas. Si se identifica algún problema médico en este examen de detección, su médico debe obtener más exámenes y tratamiento.

Firma del padre/tutor _____ Firma del estudiante _____ Fecha _____

Pulse: _____ After Exercise: _____

	Normal	Abnormal	Comments
Skin			
Mouth/Pharynx			
Heart			
Lungs			
Abdomen			
Glands			
Muscular/Skeletal			
Hernia & Genitals (males only)			

Based on this history and physical exam, the following abnormalities were found and may need treatment:

Recommendations

_____ **YES – This student is cleared for school sports** _____
 _____ **NO – This student is NOT cleared for school sports** _____

Physician Name/Phone # or Office Stamp _____

Physician Signature _____ Date _____