

Sports Physical

Student or Parent: Please complete this side of the form.

Name: _____ Age _____ Grade _____ Male Female

Check the sport(s) that you will be playing: (Fall _____ Winter _____ Spring _____)

Baseball Basketball Cheerleading Cross-Country Football
 Golf Wrestling Volleyball Soccer Softball Track/Field
 Other: _____

	YES	NO
Have you ever been hospitalized? If yes what for?		
Have you ever had surgery? If yes please list what kind:		
Are you currently taking medications/supplements? If yes please list:		
Do you have any allergies (e.g. medications, bee stings)? If yes please list and describe reaction:		
Have you ever passed out during exercise (not from heat)?		
Have you ever been dizzy during exercise (not from heat)?		
Have you ever had chest pain?		
Have you ever had high blood pressure?		
Have you ever been told you have a heart murmur?		
Has your heart ever raced or skipped beats?		
Has anyone in your family died of heart problems or sudden death at age 40 or younger?		
Does anyone in your family have Marfan's syndrome?		
Do you have any skin problems (e.g. itching, rashes, breaking out)?		
Have you ever had a head injury (e.g. knocked out or had a concussion)? If yes please explain:		
Have you ever had a seizure?		
Have you ever had neck pain or a neck injury?		
Do you cough or wheeze when exercising?		
Have you ever injured (broken/fractured, sprained, dislocated) any of the following areas? If yes check all that apply:		
Ankle Back Chest/Ribs Elbow Foot/Toes Forearm Hand/Fingers Hip Knee Neck Shin/Calf Shoulder Thigh Upper Arm Wrist		
Have you ever had or do you currently have any of the following medical problems? If yes check all that apply:		
Asthma Diabetes Eye/Ear Injuries Headache (frequent) Hepatitis Hernia(s) Measles Mononucleosis Sickle Cell Trait/Disease Stomach Ulcer(s) Tuberculosis Any Stress Fractures		
When was your last tetanus shot? _____		
For Females: When was your first period? _____ How old were you? _____ When was your last period? _____ Are your periods: Regular/Monthly Irregular/Skip Months		

Please feel free to ask the provider to address any questions/concerns you have. All discussions are kept confidential. The above information is current and correct to the best of my knowledge.

Parent/Guardian Signature: _____ Date _____

Estudiante o Padre: Por favor complete este lado de la forma.

Nombre: _____ Edad _____ Año Escolar _____ Masculino Femenino

Marque los deportes que jugara: (Otoño _____ Invierno _____ Primavera _____)

Beisbol Baloncesto Porrista Cross-Country Futbol Americano
 Golf Lucha Voleibol Futbol Soccer Softball Track/Field
 Otro: _____

Preguntas son si ha tenido o si tiene.	SI	NO
Ha estado hospitalizado? Si respondió si, para qué?		
Ha tenido cirugía? Si respondió sí, que tipo:		
Está tomando medicamentos o suplementos? Si respondió sí, lista por favor:		
Tiene alergias (ej. medicamentos piquetes de abeja)? Si respondió sí, por favor lista y que reacción tuvo:		
Se ha desmayado durante el ejercicio (no de calor)?		
Ha sentido mareo durante el ejercicio (no de calor)?		
Ha tenido dolor de pecho?		
Ha tenido presión arterial alta?		
Le han dicho que tiene un soplo en el corazón?		
Ha tenido el corazón acelerado o tenido latidos irregulares?		
Alguien en su familia ha muerto de problemas de corazón o muerte repentina a la edad de 40 años o menor?		
Alguien en su familia tiene síndrome de Marfan's?		
Tiene problemas de la piel (ej. comezón, ronchas, acné)?		
Se ha lastimado la cabeza (ej. ha estado inconsciente o tenido conmoción cerebral)?		
Ha tenido convulsiones?		
Ha tenido dolor de cuello o lesión del cuello?		
Ha tenido tos o ronquido de pecho cuando hace ejercicio?		
Se ha lastimado (quebrado/fracturado, dislocado) algunas de las partes del cuerpo? Si respondió sí, marque las partes del cuerpo:		
Tobillo Espalda Pecho/ Costillas Codo Pies/Dedos Antebrazo Mano/ Dedos Cadera Rodilla Cuello Espinilla/Chamorro Hombro Pierna Superior de Brazo Muñeca		
Alguna vez ha tenido o tiene los siguientes problemas médicos? Si respondió si, marque los que apliquen: Asma Diabetes Ojo/Lesiones de Oído Dolor de Cabeza (frecuente) Hepatitis Hernia(s) Sarampión Mononucleosis Células Falciformes Ulcera(s) del Estomago Tuberculosis Fracturas Estresadas		
Cuando fue su última vacuna contra el tétano? _____		
Para mujeres: Cuando fue su primera menstruación? _____ Cuantos años tenía? _____ Cuando fue su última menstruación? _____ Sus menstruaciones son: Regular/Cada Mes Irregular/No Cada Mes		

Por favor no dude en hablar con el médico de cualquier pregunta/preocupación que tenga. Todas sus preguntas serán confidenciales. La información de arriba esta correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Physical Examination

Name: _____

Date of Birth: _____

Yuma District
Hospital and
Clinics
1000 W 8th Ave
Yuma, CO 80759
970-848-5405



Nurse to complete this section:

Height _____ BP _____

Weight _____ Pulse _____

Provider to complete this section:

1. Skin	Normal	_____	9. Abdomen	Normal	_____
2. Head	_____	_____	10. Extremities	_____	_____
3. Eyes	_____	_____	11. Neurologic	_____	_____
4. Ears, Nose, Throat	_____	_____	Reflexes	_____	_____
5. Neck	_____	_____	12. Orthopedic	_____	_____
6. Lymphatic's	_____	_____	Cervical spine/back	_____	_____
7. Respiratory	_____	_____	Arms/elbows/wrists/hands	_____	_____
8. Cardiovascular	_____	_____	Hips	_____	_____
Heart (murmurs)	_____	_____	Knees	_____	_____
Pulses (radial/femoral)	_____	_____	Ankles/feet	_____	_____

Comments/Recommendations: _____

Medical Clearance (as appropriate for age and development)

Full Contact/Collision Level

Limited Contact/Impact

Noncontact: Strenuous

Noncontact: Non-strenuous

Clearance deferred or no participation at this time because: _____

Provider Signature: _____ MD/DO/FNP/PA Date: _____