

The Medical Eligibility Form is the only form that **should be submitted** to a school or sports organization.

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

MEDICAL ELIGIBILITY FORM

Name: _____ Date of birth: _____ Date of exam: _____

- Medically eligible for all sports without restriction
 Medically eligible for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment of

- Medically eligible for certain sports

- Not medically eligible pending further evaluation
 Not medically eligible for any sports

Recommendations: _____

I have examined the student named on this form and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not have apparent clinical contraindications to practice and can participate in the sport(s) as outlined on this form. A copy of the physical examination findings are on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the physician may rescind the medical eligibility until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents or guardians).

Name of health care professional (print or type): _____ Date: _____

Address: _____ Phone: _____

SIGNATURE of Health Care Professional: _____, MD, DO, NP, PA or DC

SHARED EMERGENCY INFORMATION **Health Care Professional License Number:** _____

Allergies: _____

Medications: _____

Other information: _____

Emergency contacts: _____

Este formulario debe colocarse en el expediente médico del atleta y no debe compartirse con escuelas u organizaciones deportivas. El formulario de elegibilidad médica es el único formulario que debe enviarse a una escuela u organización deportiva.

Aviso legal: Los atletas que tengan una evaluación física de preparticipación vigente en el archivo (según los lineamientos generales estatales y locales) no necesitan completar otro formulario de antecedentes.

■ EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (orientación provisional)

FORMULARIO DE HISTORIAL CLÍNICO

Nota: Complete y firme este formulario (con la supervisión de sus padres si es menor de 18 años) antes de acudir a su cita.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha del examen médico: _____ Deporte(s): _____

Sexo que se le asignó al nacer (F, M o intersexual): _____ ¿Con cuál género se identifica? (F, M u otro): _____

Mencione los padecimientos médicos pasados y actuales que haya tenido. _____

¿Alguna vez se le practicó una cirugía? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus cirugías previas. _____

Medicamentos y suplementos: Enumere todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y suplementos (herbolarios y nutricionales) que consume. _____

¿Sufre de algún tipo de alergia? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus alergias (por ejemplo, a algún medicamento, al polen, a los alimentos, a las picaduras de insectos).

Cuestionario sobre la salud del paciente versión 4 (PHQ-4)

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia experimentó alguno de los siguientes problemas de salud? (Encierre en un círculo la respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se siente nervioso, ansioso o inquieto	0	1	2	3
No es capaz de detener o controlar la preocupación	0	1	2	3
Siente poco interés o satisfacción por hacer cosas	0	1	2	3
Se siente triste, deprimido o desesperado	0	1	2	3

(Una suma >3 se considera positiva en cualquiera de las subescalas, [preguntas 1 y 2 o preguntas 3 y 4] a fin de obtener un diagnóstico).

PREGUNTAS GENERALES	
(Dé una explicación para las preguntas en las que contestó "Sí", en la parte final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas si no sabe la respuesta).	
Sí	No
1. ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría discutir con su proveedor de servicios médicos?	
2. ¿Alguna vez un proveedor de servicios médicos le prohibió o restringió practicar deportes por algún motivo?	
3. ¿Padece algún problema médico o enfermedad reciente?	
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR	
Sí	No
4. ¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse mientras hacía, o después de hacer, ejercicio?	

PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR (CONTINUACIÓN)	
5. ¿Alguna vez sintió molestias, dolor, compresión o presión en el pecho mientras hacía ejercicio?	Sí
6. ¿Alguna vez sintió que su corazón se aceleraba, palpitaba en su pecho o latía intermitentemente (con latidos irregulares) mientras hacía ejercicio?	No
7. ¿Alguna vez un médico le dijo que tiene problemas cardíacos?	
8. ¿Alguna vez un médico le pidió que se hiciera un examen del corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía.	
9. Cuando hace ejercicio, ¿se siente mareado o siente que le falta el aire más que a sus amigos?	
10. ¿Alguna vez tuvo convulsiones?	

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDIOVASCULAR DE SU FAMILIA		Sí	No	PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS (CONTINUACIÓN)		Sí	No
11. ¿Alguno de los miembros de su familia o parente murió debido a problemas cardíacos o tuvo una muerte súbita e inesperada o inexplicable antes de los 35 años de edad (incluyendo muerte por ahogamiento o un accidente automovilístico inexplicables)?			20. ¿Alguna vez sufrió un traumatismo craneoencefálico o una lesión en la cabeza que le causó confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?				
12. ¿Alguno de los miembros de su familia padece un problema cardíaco genético como la miocardiopatía hipertrófica (HCM), el síndrome de Marfan, la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), el síndrome del QT largo (LQTS), el síndrome del QT corto (SQTS), el síndrome de Brugada o la taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?			21. ¿Alguna vez sintió adormecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o piernas, o fue incapaz de mover los brazos o las piernas después de sufrir un golpe o una caída?				
13. ¿Alguno de los miembros de su familia utilizó un marcapasos o se le implantó un desfibrilador antes de los 35 años?			22. ¿Alguna vez se enfermó al realizar ejercicio cuando hacía calor?				
PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES		Sí	No	23. ¿Usted o algún miembro de su familia tiene el rasgo drepanocítico o padece una enfermedad drepanocítica?			
14. ¿Alguna vez sufrió una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo faltar a una práctica o juego?			24. ¿Alguna vez tuvo o tiene algún problema con sus ojos o su visión?				
15. ¿Sufre alguna lesión ósea, muscular, de los ligamentos o de las articulaciones que le causa molestia?			25. ¿Le preocupa su peso?				
PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS		Sí	No	26. ¿Está tratando de bajar o subir de peso, o alguien le recomendó que baje o suba de peso?			
16. ¿Tose, sibila o experimenta alguna dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?			27. ¿Sigue alguna dieta especial o evita ciertos tipos o grupos de alimentos?				
17. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (en el caso de los hombres), el bazo o cualquier otro órgano?			28. ¿Alguna vez sufrió un desorden alimenticio?				
18. ¿Sufre dolor en la ingle o en los testículos, o tiene alguna protuberancia o hernia dolorosa en la zona inguinal?			ÚNICAMENTE MUJERES		Sí	No	
19. ¿Padece erupciones cutáneas recurrentes o que aparecen y desaparecen, incluyendo el herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA)?			29. ¿Ha tenido al menos un periodo menstrual?				
			30. ¿A los cuántos años tuvo su primer periodo menstrual?				
			31. ¿Cuándo fue su periodo menstrual más reciente?				
			32. ¿Cuántos periodos menstruales ha tenido en los últimos 12 meses?				

Proporcione una explicación aquí para las preguntas en las que contestó "Sí".

Por la presente declaro que, según mis conocimientos, mis respuestas a las preguntas de este formulario están completas y son correctas.

Firma del atleta: _____

Firma del padre o tutor: _____

Fecha: _____

This form should be placed into the athlete's medical file and should **NOT BE SHARED** with schools or sports organizations.

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name: _____ Date of birth: _____

PHYSICIAN REMINDERS

1. 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?
 - Have you ever tried cigarettes, e-cigarettes, chewing tobacco, snuff, or dip?
 - 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?
 - Do you wear a seat belt, use a helmet, and use condoms?
2. Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (Q4–Q13 of History Form).

EXAMINATION			
Height:	Weight:		
BP:	/ (/)	Pulse:	Vision: R 20/ L 20/ Corrected: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
MEDICAL		NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
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 <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), or tinea corporis			
Neurological			
MUSCULOSKELETAL		NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
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			

* Consider electrocardiography (ECG), echocardiography, referral to a cardiologist for abnormal cardiac history or examination findings, or a combination of those.

Name of health care professional (print or type): _____ Date: _____

Address: _____ Phone: _____

Signature of health care professional: _____, MD, DO, NP, PA or DC

This form should be placed into the athlete's medical file and should **NOT BE SHARED** with schools or sports organizations.

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

ATHLETES WITH DISABILITIES FORM: SUPPLEMENT TO THE ATHLETE HISTORY

Name: _____ Date of birth: _____

1. Type of disability:	Yes	No
2. Date of disability:		
3. Classification (if available):		
4. Cause of disability (birth, disease, injury, or other):		
5. List the sports you are playing:		
6. Do you regularly use a brace, an assistive device, or a prosthetic device for daily activities?		
7. Do you use any special brace or assistive device for sports?		
8. Do you have any rashes, pressure sores, or other skin problems?		
9. Do you have a hearing loss? Do you use a hearing aid?		
10. Do you have a visual impairment?		
11. Do you use any special devices for bowel or bladder function?		
12. Do you have burning or discomfort when urinating?		
13. Have you had autonomic dysreflexia?		
14. Have you ever been diagnosed as having a heat-related (hyperthermia) or cold-related (hypothermia) illness?		
15. Do you have muscle spasticity?		
16. Do you have frequent seizures that cannot be controlled by medication?		

Explain "Yes" answers here.

Please indicate whether you have ever had any of the following conditions:

Atlandoaxial instability	Yes	No
Radiographic (x-ray) evaluation for atlantoaxial instability		
Dislocated joints (more than one)		
Easy bleeding		
Enlarged spleen		
Hepatitis		
Osteopenia or osteoporosis		
Difficulty controlling bowel		
Difficulty controlling bladder		
Numbness or tingling in arms or hands		
Numbness or tingling in legs or feet		
Weakness in arms or hands		
Weakness in legs or feet		
Recent change in coordination		
Recent change in ability to walk		
Spina bifida		
Latex allergy		

Explain "Yes" answers here.

I hereby state that, to the best of my knowledge, my answers to the questions on this form are complete and correct.

Signature of athlete: _____

Signature of parent or guardian: _____

Date: _____