



# DAVIS JOINT UNIFIED SCHOOL DISTRICT SPORTS PHYSICAL EXAMINATION FORM

| PARTE 1 (DEBE SER COMPLETADA POR UN PADRE O TUTOR LEGAL)   |                  |                      |                          |                       |
|--|------------------|----------------------|--------------------------|-----------------------|
| APELLIDO   |                  | PRIMER NOMBRE        |                          | GRADO                 |
| FECHA DE NACIMIENTO  | DEPORTE DE OTOÑO | DEPORTE DE INVIERNO  | DEPORTE DE PRIMAVERA     | NÚMERO DEL ESTUDIANTE |
| AUTORIZACIÓN DEL PADRE/TUTOR: Autorizo al proveedor de atención de la salud a efectuar una Evaluación Física para Deportes del estudiante. La información provista es completa y exacta. Actualmente no conozco ninguna razón por la que el estudiante no pueda participar plenamente y con seguridad en los deportes indicados. Para las Evaluaciones Físicas para Deportes, que pueden ser efectuadas por voluntarios del Distrito, comprendo que la evaluación es sólo una evaluación general, y que debo consultar todas las inquietudes sobre la salud con el médico o proveedor de atención de la salud personal del Estudiante. |                  |                      |                          |                       |
| ESCRIBA EL NOMBRE DEL PADRE O TUTOR EN LETRA DE MOLDE  |                  |                      | FIRMA DEL PADRE O TUTOR  |                       |
| DIRECCIÓN  |                  | TELÉFONO DEL TRABAJO | TELÉFONO DE LA CASA      | FECHA                 |
| NOMBRE DEL MÉDICO DE CABECERA:   |                  |                      | TELÉFONO DEL CONSULTORIO |                       |

| PARTE 1 – HISTORIAL DE SALUD (debe ser completado por el padre/tutor legal antes del examen)   |                          |                          |  |     |   |  |
|--|--------------------------|--------------------------|--|-----|---|--|
|  | <b>Yes</b>               | <b>No</b>                |  |     |   |  |
| 1.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>El estudiante ha tenido:</b>  | 16. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ¿Lesiones que requieran atención o tratamiento médico? |
| 2.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Una enfermedad crónica o recurrente?  | 17. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ¿Dolor o lesión en el cuello o espalda?                |
| 3.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  | 18. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ¿Dolor o lesión en las rodillas?                       |
| 4.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Una enfermedad que duró más de 1 semana?  | 19. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ¿Dolor o lesión en los hombros o codos?                |
| 5.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Hospitalizaciones o cirugías?   | 20. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ¿Dolor o lesión en los tobillos?                       |
|  |                          |                          | ¿Un trastorno nervioso, psiquiátrico o neurológico?  | 21. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ¿Algún otro dolor o lesión en las articulaciones?      |
| 6.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Pérdida o fallas en el funcionamiento de órganos (ojo, riñón, hígado, testículo) o glándulas? | 22. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ¿Huesos quebrados (fracturas)?                         |
| 7.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alergias (medicamentos, picaduras de insectos, comida)?                                       | 23. | <b>Yes</b>  | <b>No</b>  |
| 8.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Problemas del corazón o presión arterial?   | 24. | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                               |
| 9.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Dolor en el pecho o falta de aliento grave durante o después del ejercicio?                   | 25. | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                               |
| 10.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Mareos o desmayos con el ejercicio?   |     | <b>Yes</b>  | <b>No</b>  |
| 11.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Desmayos, dolores de cabeza intensos o convulsiones?  | 26. | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                               |
| 12.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Posible concusión o pérdida del conocimiento?   | 27. | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                               |
|  |                          |                          | ¿Agotamiento por calor, golpe de calor u otros problemas para tolerar o responder al calor?    |     |   |  |
| 13.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Taquicardia, ritmo cardíaco alterado o irregular o soplo cardíaco?                            | 28. | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                               |
| 14.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ataques o trastornos que causan ataques?  | 29. | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                               |
| 15.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Incidentes graves o reiterados de espasmos musculares?  |     |   |  |
| Fecha de la última vacuna contra el tétano (antitetánica) de la que se tenga conocimiento: _____   |                          |                          | Fecha en que se efectuó el último examen físico: _____   |     |   |  |
| Explique las respuestas por "SI". Describa cualquier otro hecho que debería ser dado a conocer antes del examen (use el reverso del formulario si es necesario): |                          |                          |  |     |   |  |

## PARTE 2 – EVALUACIÓN MÉDICA (DEBE SER COMPLETADA POR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN DE LA SALUD QUE EXAMINA AL ESTUDIANTE)

La evaluación sólo puede ser efectuada por doctores en medicina (Medical Doctors [MD]), Doctores en Osteopatía (Doctors of Osteopathy [DO]), Asistentes de Médicos (Physician's Assistants [PA]) y Enfermeros Diplomados (Nurse Practitioners [NP])

| 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) |                       |                     |  |
|  | NORMAL                | ABNORMAL (Describe) | (May be contained on Provider's Form)  |
| Eyes/Ears/Nose/Throat  |                       |                     | Height:                      Weight:   |
| Heart, lungs, pulmonary function   |                       |                     | Pulse:                        After Ex:  |
| Abdomen, genital/hernia (males)  |                       |                     | BP:  |
| Skin and Musculoskeletal:  |                       |                     | <b style="background-color: yellow;">Recommendation:</b><br><input type="checkbox"/> Unlimited participation<br><input type="checkbox"/> Limited participation/specific sports, events or activities<br><input type="checkbox"/> Clearance withheld pending further testing/evaluation<br><input type="checkbox"/> No athletic participation<br><b style="background-color: yellow;">One of the above MUST be checked.</b> |
| a. Neck/Spine/Shoulders/Back   |                       |                     |  |
| b. Arms/Hands/Fingers  |                       |                     |  |
| c. Hips/Thighs/Knees/Legs  |                       |                     |  |
| d. Feet/Ankles   |                       |                     |  |
| Neurologic Screening Exam (NSE)/   |                       |                     |  |
| Concussion Screening Evaluation (only if needed based on above info.)  |                       |                     |  |
| <b>Comments:</b>   |                       |                     |  |
| PRINT NAME OF PHYSICIAN  | PHYSICIAN'S SIGNATURE |                     | PHYSICIAN'S OFFICE<br>STAMP HERE   |
|  |                       | DATE                |  |