

ORANGE GLEN HIGH SCHOOL ATHLETIC CLEARANCE
Pre-participation Physical Evaluation
Evaluación física antes de participar en deportes

Part 1A. Medical History

1ª Parte. Historial Médico

Student Name <i>Nombre del estudiante</i>	Grade <i>Grado</i>	MM / DD / YYYY <i>Birthdate Fecha de nacimiento</i>	M / F	Student ID# <i>Número estudiantil</i>
Address <i>Domicilio</i>	Zip Code <i>Código postal</i>		Phone # <i>Número telefónico</i>	

Explain "Yes" answer below. Circle Questions you don't know the answer to
Explique abajo el porque de las respuestas "Si". Ponga en círculo las preguntas a las cuales no sabe la respuesta.

- | | | Yes | Si | No | | Yes | Si | No |
|---|--|--------------------------|----|--------------------------|--|-----|----|--------------------------|
| 1. Have you had any medical illness or injury since your last check up or sports physical?
<i>¿Has tenido una enfermedad médica o lastimadura desde tu última revisión médica o físico deportivo?</i> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> |
| 2. Do you have an ongoing or chronic illness?
<i>¿Tienes una enfermedad crónica o en curso?</i> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> |
| 3. Have you ever been hospitalized overnight?
<i>¿Has tenido que ser hospitalizado una noche para ser observado?</i> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> |
| 4. Have you ever had surgery?
<i>¿Has sido sometido a una operación?</i> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> |
| 5. Are you currently taking any prescription or non-prescription (over-the-counter) medications or pills or using an inhaler?
<i>¿En este momento estas tomando medicamentos con o sin receta (de la farmacia) o pastillas, o usando un inhalador?</i> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> |
| 6. Have you ever taken any supplements or vitamins to help you gain or lose weight or improve your performance?
<i>¿Has tomado complementarios o vitaminas para subir o perder peso, o para mejorar tu desempeño?</i> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> |
| 7. Do you have any allergies (for example, to pollen, medicine, food, or stinging insect)?
<i>¿Tienes alguna alergia? Por ejemplo, a polen, medicamentos, comida o piquetes de insectos?</i> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> |
| 8. Have you ever had a rash or hives develop during or after exercise?
<i>¿Te han salido ronchas durante o después del ejercicio?</i> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> |
| 9. Have you ever passed out during or after exercise?
<i>¿Te has desmayado durante o después del ejercicio?</i> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> |
| 10. Have you ever been dizzy during or after exercise?
<i>¿Te han dado mareos durante o después del ejercicio?</i> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> |
| 11. Have you ever had chest pain during or after exercise?
<i>¿Has tenido dolor en el pecho durante o después del ejercicio?</i> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> |
| 12. Do you get tired more quickly than your friends do during exercise?
<i>¿Te cansas más rápido que tus amigos durante el ejercicio?</i> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> |
| 13. Have you ever had racing of your heart or skipped heartbeats?
<i>¿Has experimentado aceleración del corazón o latidos cardiacos?</i> | | | | | | | | <input type="checkbox"/> |
| 14. Have you had high blood pressure or high cholesterol?
<i>¿Has tenido la presión arterial o colesterol alta?</i> | | | | | | | | <input type="checkbox"/> |
| 15. Have you ever been told you have a heart murmur?
<i>¿Te han dicho que tienes un soplo en el corazón?</i> | | | | | | | | <input type="checkbox"/> |
| 16. Has any family member or relative died of heart problems or 01 sudden death before age 50?
<i>¿Algún familiar o pariente ha muerto a causa de problemas del corazón o ha muerto de repente antes de la edad de 50?</i> | | | | | | | | <input type="checkbox"/> |
| 17. Have you had a severe viral infection (for example, myocarditis or mononucleosis) within the last month?
<i>¿Has tenido una infección vírico, por ejemplo miocarditis o mononucleosis durante el último mes?</i> | | | | | | | | <input type="checkbox"/> |
| 18. Has a physician ever denied or restricted your participation in sports for any heart problems?
<i>¿Un médico ha negado o restringido tu participación en deportes por problemas del corazón?</i> | | | | | | | | <input type="checkbox"/> |
| 19. Do you have any current skin problems (for example, itching, rashes, acne, warts, lungus, or blisters)?
<i>¿Presentemente tienes algún problema de la piel, por ejemplo comezón. Ronchas, acné, verrugas, hongos o ampollas?</i> | | | | | | | | <input type="checkbox"/> |
| 20. Have you ever had a head injury or concussion?
<i>¿Has tenido lastimadura en la cabeza o conmoción cerebral?</i> | | | | | | | | <input type="checkbox"/> |
| 21. Have you ever been knocked out, become unconscious, or lost your memory?
<i>¿Te han hecho perder el sentido, has perdido conciencia o perdido el conocimiento?</i> | | | | | | | | <input type="checkbox"/> |

Explain "Yes" answer here:

I (we) hereby state, to the best of my (our) knowledge, my (our) answers to the above questions are complete and correct
Con mi firma abajo, declare, a lo mejor de mi conocimiento, que mis respuestas arriba son completas y correctas.

Student Signature <i>Firma del estudiante</i>	Signature of Parent/Guardian <i>Firma del padre o tutor legal</i>	Date <i>Fech</i>
---	---	------------------

ORANGE GLEN HIGH SCHOOL ATHLETIC CLEARANCE
Pre-participation Physical Evaluation
Evaluación física antes de participar en deportes

Part 1B. Medical History

Student Name _____ Grade _____ MM / DD / YYYY _____ M / F _____ Student ID# _____
Nombre del estudiante Grado Fecha de nacimiento Número estudiantil

Explain "Yes" answer below. Circle Questions you don't know the answer to

Explique abajo el porque de las respuestas "Sí". Ponga en círculo las preguntas a las cuales no sabe la respuesta.

	Yes	No		Yes	No
	Sí	No		Sí	No
22. Have you ever had a seizure? <i>¿Has tenido un ataque?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. Have you broken or fractured any bone or dislocated any joints? <i>¿Has quebrado o fracturado algún hueso o dislocado alguna coyuntura?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Do you have frequent or severe headaches? <i>¿Tienes dolores de cabeza frecuentes o severos?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. Have you had any other problems with pain or swelling in muscles, tendons, bones, or joints? <i>¿Has tenido otro tipo de problema con dolor o inflamación de músculos, tendones, huesos o coyunturas?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Have you ever had numbness or tingling in your arms, hands, legs, or feet? <i>¿En algún momento has tenido entumecimiento o cosquilleo en tus brazos, manos, piernas o pies?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	If yes, check appropriate box and explain below. <i>Si lo respuesta fue sí, marque la caja apropiada y explique abajo.</i>		
25. Have you ever had a stinger, burner, or pinched nerve? <i>¿Has tenido, algún problema de nervios atrapados o de algún otro tipo?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Head <input type="checkbox"/> Elbow <input type="checkbox"/> Hip <input type="checkbox"/> Neck <input type="checkbox"/> Forearm <i>Cabeza Codo Cadera Cuello Antebrazo</i> <input type="checkbox"/> Thigh <input type="checkbox"/> Back <input type="checkbox"/> Wrist <input type="checkbox"/> Knee <input type="checkbox"/> Chest <i>Muslo Espalda Muñeca Rodillo Pecho</i> <input type="checkbox"/> Hand <input type="checkbox"/> Shin/calf <input type="checkbox"/> Shoulder <input type="checkbox"/> Finger <i>Mano Espinilla / pantorrilla Hombro Dedo</i> <input type="checkbox"/> Ankle <input type="checkbox"/> Upper arm <input type="checkbox"/> Foot <i>Tobillo Brazo Pie</i>		
26. Have you ever become ill from exercising in the heat? <i>¿Te has enfermado después de hacer ejercicio en el calor?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FEMALES ONLY <i>Solamente las damas</i> When was your first menstrual period? _____ <i>¿Cuándo fue tu primer flujo menstrual?</i> When was your most recent menstrual period? _____ <i>¿Cuándo fue tu flujo menstrual más reciente?</i> How many days do you usually have from the start of one period to the start of another? _____ <i>¿Por lo regular cuánto tiempo dura desde el comienzo de un período hasta el comienzo del siguiente?</i> How many periods have you had in the last year? <i>¿Cuántos períodos tuviste durante el último año?</i> _____ What was the longest time between periods in the last year? _____ <i>¿Cuál fue el tiempo más largo entre períodos este año pasado?</i>		
27. Do you cough, wheeze, or have trouble breathing during or after activity? <i>¿Toses, respiras sibilantemente, o te da trabajo respirar durante o después de una actividad física?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Explain "Yes" answer here: _____		
28. Do you have asthma? <i>¿Tienes asma?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
29. Do you have seasonal allergies that require medical treatment? <i>¿Tienes alergias durante ciertas temporadas que requieren tratamiento médico?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
30. Do you use any special protective or corrective equipment or devices that aren't usually used for your sport or position (for example knee brace special neck roll, foot orthotics, retainer on you; teeth, hearing aid)? <i>¿Usas algún equipo especial o protector o correctivo que no se usa normalmente para tu deporte o posición, por ejemplo aparato ortopédico para la rodilla, rollo especial para el cuello, ortopédico para el pie, frenos dentales o audífono?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
31. Have you had any problems with your eyes or vision? <i>¿Has tenido problemas con la vista o tus ojos?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
32. Do you wear glasses, contacts, or protective eyewear? <i>¿Usas anteojos, lentes de contacto o lentes preventivas?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
33. Have you ever had a sprain, strain, or swelling after injury? <i>¿Has tenido una torcedura, jalado o inflamación después de una lastimadura?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		

I (we) hereby state, to the best of my (our) knowledge, my (our) answers to the above questions are complete and correct
Con mi firma abajo, declare, a lo mejor de mi conocimiento, que mis respuestas arriba son completas y correctas.

Student Signature *Firma del estudiante* _____

Signature of Parent/Guardian *Firma del padre o tutor legal* _____

Date *Fecha* _____

ORANGE GLEN HIGH SCHOOL ATHLETIC CLEARANCE

Pre-participation Physical Evaluation

Evaluación física antes de participar en deportes

Part 2. Physical Examination

_____ MM / DD / YYYY M / F _____
 Student Name Grade Birthday Student ID#
Nombre del estudiante Grado Fecha de nacimiento Número estudiantil

Explain "Yes" answer below. Circle Questions you don't know the answer to
Explique abajo el porque de las respuestas "Sí". Ponga en círculo las preguntas a las cuales no sabe la respuesta.

	Yes <i>Sí</i>	No
Do you want to weigh more or less than you do now? <i>¿Te gustaría pesar más, o menos, de lo que pesas ahora?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you lose weight regularly to meet weight requirements for your sport? <i>¿Pierdes de peso regularmente para cumplir con algún requisito de tu deporte?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you feel stressed out? <i>¿Te sientes estresado?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you have any missing or unpaired organs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Record the dates of your most recent immunizations (shots) for: TDAP _____
Escribe las fechas de tus vacunas más recientes para: Measles *Sarampión* _____
 Hepatitis B *Hepatitis B* _____
 Chickenpox *Varicela* _____

Is there anything you want to talk to the doctor: _____

Height _____ (in) Weight _____ (lb) BMI _____ Pulse _____ (bpm) BP ____/____ Respiration _____

Vision R 20/ ____ L 20/ ____ Corrected: Y N Pupils: Equal ____ Unequal ____

	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS	INITIAL
Appearance			
Eyes/Ears/ Nose/ Throat			
Lymph Nodes			
Heart			
Pulses			
Lungs			
Abdomen			
Genitalia (Males only)			
Skin			
Neck			
Back			
Shoulder/arm			
Elbow/forearm			
Wrist/Hand			
Hip/Thigh			
Knee			
Lower Leg/ Ankle			
Foot			

Cleared Cleared with condition Not Cleared For _____

Physician/DO/PA/NP (Print) _____ Phone _____
 Signature of Physician _____ (MD, DO, PA, NP)

Date _____

 Medical Office Stamp