

# Escuela Preparatoria del Condado Lake



**FORMAS REQUERIDAS**

**FORMA DE CONSENTIMIENTO DE EMERGENCIA DEL CONDADO LAKE**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre o Tutor: \_\_\_\_\_

Dirección de Casa: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo: \_\_\_\_\_

No. De Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ No. De Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

**Teléfono de Emergencia** (si no tiene teléfono en el trabajo): \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_

Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Doctor Familiar: \_\_\_\_\_ No. De Teléfono: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Complicaciones Médicas: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, padre de \_\_\_\_\_ en consideración a la oportunidad de que mi hijo participe en las actividades intercolegiales, por este medio, doy mi consentimiento para tratamiento u hospitalización médica de emergencia, u otro tratamiento médico como pueda ser necesario para el bienestar del niño/joven nombrado arriba, por un medicó, enfermera calificada y/o un hospital; en el evento de heridas o enfermedad durante todos los períodos de tiempo en el cual el estudiante esté fuera de su residencia legal como un miembro del Programa de Actividades Interscholásticas del Distrito Escolar del Condado Lake y por este medio, libero, en nombre de mí mismo y del niño mencionado arriba, de cualquier responsabilidad al Distrito Escolar, cualquiera de sus agentes o empleados que resulte de tal tratamiento médico.

Yo estoy conciente de que a mi hijo(a) le será permitido participar en cualquier actividad extracurricular sin el seguro actual en el expediente del Distrito Escolar.

\_\_\_\_\_ Mi hijo está cubierto a través de nuestro plan de seguro médico actual.

\_\_\_\_\_ Mi hijo **NO** está cubierto a través de nuestro plan de seguro médico actual.

\_\_\_\_\_ Mi hijo ha comprado el plan de seguro médico de la escuela.

Firma del padre o Tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**\*POR FAVOR NOTE: El plan de seguro médico de la escuela puede ser comprado al obtener la forma en la oficina de la Escuela Preparatoria.**

## **REQUERIMIENTOS DEL SEGURO Y EXÁMENES MEDICOS**

A todos los estudiantes atletas que participen en las actividades extra-curriculares, deben tener una examinación física actual y un seguro médico en el expediente en el Departamento de Actividades/Atletismo del Condado Lake. El seguro médico puede ser comprado a través del distrito escolar. Contacte a la oficina principal de las escuelas Media o Preparatoria para obtener información acerca del seguro. A NINGÚN ESTUDIANTE ATLETA LE SERÁ PERMITIDO PRACTICAR O PARTICIPAR SIN UN EXAMEN FÍSICO ACTUAL Y UN SEGURO MÉDICO EN EL EXPEDIENTE.

**Por favor, use la forma de la última página para llevara a la oficina de su doctor o de su clínica.**

## CÓDIGO DE ÉTICA, PROMESA DEL ESTUDIANTE

*Si yo soy seleccionado para representar al Programa de Atletismo/Actividades de las Escuelas del Condado Lake, yo sinceramente me esforzare para contribuir con lo mejor de mí para el éxito del programa. Yo entiendo que yo represento a mi familia, a mi escuela y a mi comunidad. Yo entiendo que mi participación en el Programa de Atletismo/Actividades de las Escuelas del Condado Lake, no es un derecho, sino **un privilegio**. Es importante que yo presente una imagen positiva y sirva como rol modelo para otros. Por lo tanto, yo estoy de acuerdo en aceptar las provisiones del siguiente “Código de Conducta”. Yo también estoy conciente de que si no cumplo con ese acuerdo, yo debo aceptar las consecuencias por mi conducta, la cual puede incluir que me saquen de las actividades de los programas. Yo me doy cuenta de que si las reglas de la escuela son violadas, los procedimientos y castigos o penalidades de estas reglas serán reforzados en adición a esas descritas en las siguientes reglas de conducta para los participantes.*

*A cualquier hora, desde le primer día de las vacaciones de verano hasta el último día de escuela o un año del calendario (grados 7 al 12), que yo estoy en un contrato con la escuela. Yo no poseeré, usaré, venderé, distribuiré o estaré bajo la influencia de cualquier bebida conteniendo alcohol, sustancias controladas, imitación de sustancia controlada, esteroides, parafernalia de droga, p cualquier sustancia definida por la ley como una droga ilegal. **No es una violación de la regla para un estudiante estar en posesión de una droga definida legal, específicamente, prescrita por un doctor para el propio uso de un estudiante. Sin embargo, es una violación, el usar cualquier droga para un propósito diferente del uso prescrito.** En un esfuerzo para desarrollar la consistencia y uniformidad dentro de este programa, las siguientes sustancias son un abuso de la regla que será reforzada.*

*Un estudiante estará violando esta regla si la violación es afirmada o aprobada verbalmente y/o por escrito por:*

- 1. Un oficial de policía.*
- 2. Un oficial médico*
- 3. Un maestro*
- 4. Un administrador escolar*
- 5. El padre de ese estudiante/atleta*
- 6. La confesión del estudiante/atleta con el padre o tutor presente*
- 7. Un entrenador/patrocinador*

***NOTA: Los recursos anónimos o rumores no serán usados para afirmar o aprobar las violaciones de esta regla.***

Nombre del Estudiante (Nombre impreso por favor): \_\_\_\_\_

Firma del Estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha en que firmó: \_\_\_\_\_ Nivel del Grado: \_\_\_\_\_

**ACUERDO DEL CÓDIGO DE CONDUCTA Y ÉTICA**  
**Para Su Participación en Actividades del Programa en el Distrito**  
**(Grados 6-12)**

**Acuerdo del Estudiante**

Si yo soy seleccionado para representar al Programa de Atletismo/Actividades de las Escuelas del Condado Lake, yo sinceramente me esforzare para contribuir con lo mejor de mí para el éxito del programa. Yo entiendo que yo represento a mi familia, a mi escuela y a mi comunidad. Yo entiendo que mi participación en el Programa de Atletismo/Actividades de las Escuelas del Condado Lake, no es un derecho, sino un privilegio. Es importante que yo presente una imagen positiva y sirva como rol modelo para otros. Por lo tanto, yo estoy de acuerdo en aceptar las provisiones del siguiente “Código de Conducta”. Yo también estoy conciente de que si no cumpla con este acuerdo, yo debo aceptar las consecuencias por mi conducta, la cual puede incluir que me saquen de las actividades de los programas. Yo me doy cuenta de que si las reglas de la escuela son violadas, los procedimientos y castigos o penalidades de estas reglas serán reforzados.

Al firmar este documento, yo reconozco que yo he leído y entendido este documento:

Nombre del Estudiante (Nombre impreso por favor): \_\_\_\_\_

Firma del Estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha en que firmó: \_\_\_\_\_ Nivel del Grado: \_\_\_\_\_

**Acuerdo del Padre o Tutor**

Al firmar este documento, yo reconozco que yo he leído el Manual de Atletismo/Actividades del Condado Lake y yo entiendo las posibles consecuencias si mi hijo(a) viola esta regla.

Nombre del Padre o Tutor (Nombre impreso por favor): \_\_\_\_\_

Firma del Padre o Tutor: \_\_\_\_\_

Fecha en que firmó: \_\_\_\_\_

## ACUERDO DEL CÓDIGO DE ÉTICA DEL PADRE O TUTOR

Como padre, yo estoy de acuerdo con lo siguiente:

- Permanecer en el área de espectadores durante las competencias.
- No aconsejar al entrenador en como hacer el trabajo.
- Refrenarme de entrenar a cualquier estudiante durante el torneo.
- Refrenarme de hacer comentarios que insulten a los jugadores, padres, oficiales o entrenadores de cualquier equipo.
- Refrenarme de beber alcohol en cualquier torneo o de venir a un juego después de haber estado bebiendo.
- Animar a mi equipo
- Mostrar interés, entusiasmo y apoyo por mi hijo y por los otros estudiantes también.
- Estar en control de mis emociones.
- Ayudar cuando me sea pedido por un entrenador o administrador.
- Ser un buen rol modelo y agradecer a mis entrenadores, oficiales, administradores y a otros trabajadores que conducen el evento.

### Acuerdo del Padre o Tutor

Al firmar este documento, yo reconozco que yo he leído el Código de Ética, el contrato de los padres, la Guía de Espectadores de Espíritu Deportivo y Manejo del Juego y estoy de acuerdo en seguir todo lo mencionado en estas líneas de arriba. **Yo entiendo que habrá consecuencias para ambos, tanto para mii como para mi hijo si yo violo este contrato.**

Nombre del Padre o Tutor (Nombre impreso por favor): \_\_\_\_\_

Firma del Padre o Tutor: \_\_\_\_\_

Fecha en que firmó: \_\_\_\_\_

## **ADVERTENCIA A LOS ESTUDIANTES Y A LOS PADRES O TUTORES**

**QUIZÁ UNA HERIDA FATAL, CATASTROFICA O SERIA  
PUEDE RESULTAR DE LA PARTICIPACION ATLETICA.**

Por su naturaleza, competencia, los deportes atléticos pueden poner a los estudiantes en situaciones en las cuales ACCIDENTES FATALES, y quizás ACCIDENTES SERIOS O CATASTROFICOS podrían ocurrir.

Muchas formas de la competencia atlética resulta un contacto físico violento entre los jugadores, por el uso del equipo, el cual puede resultar en accidentes, ardua actividad física y otras numerosas exposiciones a un riesgo de herida.

Los estudiantes y los padres deben evaluar los riesgos en tal participación y decidir su elección para participar a pesar de esos riesgos. Ninguna cantidad de instrucción, precaución o supervisión, eliminarán totalmente los riesgos de heridas. Solo con conducir un automóvil participa la elección de riesgo, la participación atlética por los estudiantes de la escuela preparatoria, también pueden ser un peligro existente. La obligación de los padres y de los estudiantes en tomar su decisión para participar, no es exagerada. Ha habido accidentes resultando en muerte, paraplejía, cuadriplejía y otros daños físicos permanentes muy serios como resultado de una competencia atlética.

Al conceder el permiso para que su hijo participe en la competencia atlética, usted, el padre o tutor, reconocen que existen tales riesgos.

Los estudiantes serán instruídos con las técnicas propias para ser usadas en la competencia atlética y en la utilización propia de todo el equipo usado o destruído con la práctica y las competencias. Los estudiantes **DEBEN** adherirse a esa instrucción y utilización y **DEBEN** refrenarse de los usos y técnicas no propias. Como se estableció previamente, ninguna cantidad de instrucción, precaución y supervisión, eliminará totalmente todos los riesgos de heridas serias, catastróficas o incluso fatales.

Si algo escrito arriba no es completamente entendible, por favor, contacte a su director atlético de la escuela, director escolar para mayor información.

**POR FAVOR, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:**

Firme ambas copias, guarde una para sus registros y regrese la otra a su escuela.

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Deporte: \_\_\_\_\_

Con esto, reconozco que hemos leído y entendido el material contenido en la

**NOTA PARA LOS ATLETAS Y LOS PADRES O TUTORES.**

Firma del Padre o Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Política sobre las redes sociales y los medios de comunicación para estudiantes - atletas

Medios de comunicación: Los medios de comunicación hacen referencia a las tecnologías utilizadas para comunicar mensajes, cuya misión consiste en servir o captar a un determinado público. Entre las esferas de los medios de comunicación se incluyen los medios de prensa, la radiodifusión tradicional y los medios digitales. Al utilizar cualquier tipo de medio de comunicación pública, se espera que los estudiantes – atletas se comporten de modo responsable como miembros de su respectivo equipo, del Departamento de Atletismo, del Distrito Escolar de Lake County y de la comunidad en general.

Redes sociales: Las redes sociales tales como Facebook, Instagram, Twitter y otras plataformas digitales y mecanismos de distribución facilitan la comunicación entre los estudiantes. La participación en dichas redes posee un impacto positivo, así como consecuencias potencialmente negativas. Es **muy** importante que los estudiantes – atletas de Lake County estén al tanto de dichas consecuencias y tomen las precauciones necesarias en caso de que decidan participar.

Los estudiantes – atletas no tienen restringido el uso de redes sociales virtuales y plataformas digitales. De todos modos, es necesario que los usuarios comprendan que cualquier contenido que se haga público, ya sea mediante redes sociales virtuales o plataformas digitales, debe estar incluido dentro de las conductas socialmente aceptables y cumplir con las normas y reglamentaciones del gobierno federal, del estado de Colorado, de las escuelas de Lake County, de las ligas *Frontier & Western Slope* y de la Asociación de Actividades de las Escuelas Secundarias de Colorado (CHSAA, por sus siglas en inglés).

Tanto Facebook como otros sitios similares son alojados fuera del servidor de las escuelas de Lake County. La violación de la política de la escuela (p.ej., lenguaje hostigador, violaciones a la política de drogas o alcohol de la universidad, infracción de los derechos de autor, etc.) o la evidencia de dichas violaciones en el contenido de redes sociales virtuales o plataformas digitales están sujetas a investigación y sanción bajo el *Código de Conducta del Estudiante* y otras políticas de las escuelas de Lake County. También se encuentran sujetas a la autoridad de organismos de seguridad.

**Corresponde** a los estudiantes – atletas estar al tanto de las reglamentaciones de la universidad. Ignorar dichas reglamentaciones no exime a los estudiantes – atletas de su adherencia a las mismas.

### **Directrices para los estudiantes – atletas**

Las directrices escolares tienen como objetivo proporcionar un marco a los estudiantes – atletas para que puedan conducirse de forma segura y responsable dentro del ámbito virtual. Como estudiante – atleta de las escuelas de Lake County, deberías:

1. Ser cauteloso con la cantidad y el tipo de información que publicas en las redes sociales. Prácticamente cualquier persona que cuente con una dirección de correo electrónico puede acceder a tu página personal. Es **imprudente** compartir información tal como fecha de nacimiento, número de seguro social, domicilio, número de habitación de la residencia universitaria, número telefónico fijo o de celular, horarios de cursada, información sobre la cuenta bancaria o detalles sobre tu rutina diaria. Todo esto puede favorecer el robo de identidad o acoso. Tanto Facebook como otros sitios, proveen numerosas configuraciones de privacidad para la información contenida en sus páginas; utiliza dichas configuraciones para proteger tu información personal. De todos modos, es importante tener en cuenta que una vez publicada, la información se vuelve propiedad del sitio web.
2. Ten en cuenta que posibles empleadores actuales y futuros suelen acceder a la información que compartes en las redes sociales virtuales. Deberías considerar toda la información que publicas en Facebook o sitios similares que puedan brindar una imagen tuya a un futuro empleador. La información es considerada información pública. Mantén una imagen personal de la que puedas sentirte orgulloso durante los próximos años.
3. Sé prudente al responder correos electrónicos no solicitados que pidan contraseñas o números PIN. Las empresas legítimas no piden este tipo de información en los correos electrónicos.

4. Evita tener un falso sentido de la seguridad con respecto a tus derechos de libertad de expresión. Debes comprender que la libertad de expresión no es ilimitada. Las redes sociales virtuales NO constituyen un sitio en el que puedas decir y hacer lo que quieras sin repercusiones.

Conducta prohibida: Los estudiantes – atletas son representantes de gran visibilidad del distrito escolar y, por lo tanto, se espera que defiendan los valores y responsabilidades de la escuela mediante el cumplimiento de todos los requerimientos establecidos por las ligas *Frontier/Western Slope*, CHSAA y el programa de atletismo de Lake County. El Departamento de Atletismo de Lake County prohíbe la conducta maliciosa e imprudente al utilizar los medios de comunicación pública. Es importante que los estudiantes – atletas reconozcan el poder de las distintas esferas de los medios de comunicación pública y la imagen potencialmente negativa que pueden reproducir, ya sea de los estudiantes – atletas, de los entrenadores, del programa de atletismo y de la institución.

Sanciones: Cualquier actividad o lenguaje inapropiados que violen las prohibiciones descritas anteriormente, incluyendo las infracciones que se presenten por primera vez, se encuentran sujetos a investigación y posible sanción por las escuelas de Lake County y/o el Departamento de Atletismo, así como por las autoridades civiles. Las sanciones impuestas por el director de Atletismo pueden incluir, pero no estar limitadas a, las siguientes:

- Notificación escrita de parte del director de Atletismo o cesionario al estudiante – atleta en la que se describa la política y se solicite que el contenido inaceptable sea removido o el perfil de la red social desactivado.
- Suspensión temporaria del equipo hasta que se cumplan las condiciones prescritas.
- Suspensión del equipo por un plazo establecido.
- Suspensión indeterminada del equipo.
- Expulsión del equipo.

### Acuerdo

Comprendo y acuerdo que debo conocer, comprender y seguir los estándares incluidos en la política sobre las redes sociales y los medios de comunicación para estudiantes – atletas del Distrito Escolar de Lake County. También comprendo y acuerdo que soy responsable de conocer, comprender y cumplir las normas, políticas y procedimientos incluidos en el Manual del Alumno de Lake County.

---

Firma

Nombre

---

Deporte

Fecha



# PHYSICAL EXAMINATION AND PARENT PERMIT FOR ATHLETIC PARTICIPATION - PART I

I hereby certify that I have examined \_\_\_\_\_ and that the student was found physically fit to engage in high school sports (except as listed on back).

Student's birth date \_\_\_\_\_ Exp. Date (good for 365 days) \_\_\_\_\_

### PARENT OR GUARDIAN PERMIT

WARNING: Although participation in supervised interscholastic athletics and activities may be one of the least hazardous in which any student will engage in or out of school, **BY ITS NATURE, PARTICIPATION IN INTERSCHOLASTIC ATHLETICS INCLUDES A RISK OF INJURY WHICH MAY RANGE IN SEVERITY FROM MINOR TO LONG-TERM CATASTROPHIC INJURY.** Although serious injuries are not common in supervised school athletic programs, it is impossible to eliminate this risk.

**PLAYERS MUST OBEY ALL SAFETY RULES, REPORT ALL PHYSICAL PROBLEMS TO THEIR COACHES, FOLLOW A PROPER CONDITIONING PROGRAM, AND INSPECT THEIR OWN EQUIPMENT DAILY.**

By signing this Permission Form, we acknowledge that we have read and understood this warning. **PARENTS OR STUDENTS WHO DO NOT WISH TO ACCEPT THE RISKS DESCRIBED IN THIS WARNING SHOULD NOT SIGN THIS PERMISSION FORM. By signing this form it allows my students medical information to be shared with appropriate medical staff when necessary in compliance with HIPPA (Health Insurance Portability and Accountability Act) Regulations.**

I hereby give my consent for \_\_\_\_\_ to compete in athletics for High School in Colorado High School Activities Association approved sports, except as listed on back, and I have read and understand the general guidelines for eligibility as outlined in the Competitor's Brochure.

Parent or Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

I have read, understand and agree to the General Eligibility Guidelines as outlined in the Competitor's Brochure.

Student Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

No student shall represent their school in interschool athletics until there is on file with the superintendent or principal a statement signed by his parent or legal guardian and a signed physical certifying that he/she has passed an adequate physical examination within the past year, that in the opinion of the examining physician, physician's assistant, nurse practitioner or a certified/registered chiropractor, he/she is physically fit to participate in high school athletics; and that he/she has the consent of his/her parents or legal guardian to participate.

**NOTE:** It is strongly recommended by the Colorado Department of Health that individuals participating in athletic events have current tetanus boosters. Tetanus boosters are recommended every 10 years throughout life. Boosters are recommended at the time of injury if more than five years have elapsed since the last booster.

If significant intervening illnesses and/or injuries have occurred, a more complete physical examination should be conducted. The physical examination form must be signed by a practicing physician, physician assistant, or nurse practitioner.

If a student athlete has been injured in practice and/or competition, the nature of which required medical attention, the student athlete should not be permitted to return to practice and/or competition until he/she has received a release from a practicing physician.

**NOTE:** The CHSAA urges an adequate physical examination be given when a student athlete changes levels of competition, i.e. Little League to Middle School, Middle School to High School.

**PHYSICIAN SIGNATURE REQUIRED ON BACK**

**PART II -- MEDICAL HISTORY**

This form must be completed and signed, prior to the physical examination, for review by examining physician. Explain "Yes" answers below with number of the question. Circle questions you don't know the answers to.

MEDICAL HISTORY OF STUDENT & FAMILY		YES	NO	MEDICAL HISTORY OF STUDENT & FAMILY		YES	NO
1.	Has a doctor ever denied or restricted your participation in sports for any reason?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32.	Do you have any rashes, pressure sores, or other skin problems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Do you have an ongoing medical condition (like diabetes or asthma)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33.	Have you ever had herpes skin infection?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Are you currently taking any prescription or non-prescription (over the counter) medicines or pills?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34.	Have you ever had a head injury or concussion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Do you have allergies to medicines, pollens, foods or stinging insects?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35.	Date of last head injury or concussion:		
5.	Do you have prescriptions for use of epinephrine, adrenalin, inhaler, or other allergy medications?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36.	Have you ever been hit in the head and been confused or lost your memory?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Have you ever passed out or nearly passed out during or after exercise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37.	Have you ever been knocked unconscious?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Have you ever passed out or nearly passed out at any other time?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38.	Have you ever had a seizure?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Have you ever had discomfort, pain, or pressure in your chest during exercise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39.	Do you have headaches with exercise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Have you ever had to stop running after ¼ to ½ mile for chest pain or shortness of breath?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40.	Have you ever had numbness, tingling, or weakness in your arms or legs after being hit or falling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Does your heart race or skip beats during exercise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41.	Have you ever been unable to move your arms or legs after being hit or falling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Has a doctor ever told you that you have (check all that apply): <input type="checkbox"/> High Blood Pressure <input type="checkbox"/> A heart murmur <input type="checkbox"/> High cholesterol <input type="checkbox"/> A heart infection			42.	When exercising in heat, do you have severe muscle cramps or become ill?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Has a doctor ever ordered a test for your heart?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43.	Has a doctor told you that you or someone in your family has sickle cell trait or sickle cell disease?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Has anyone in your family died suddenly for no apparent reason?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44.	Have you had any other blood disorders or anemia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Does anyone in your family have a heart problem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45.	Have you had any problems with your eyes or vision?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Has any family member or relative died of heart problems or sudden death before age 50? (This does not include accidental death.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46.	Do you wear glasses or contact lenses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Does anyone in your family have Marfan syndrome?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47.	Do you wear protective eyewear, such as goggles or a face shield?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Have you ever spent the night in a hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48.	Are you happy with your weight?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Have you ever had surgery?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49.	Are you trying to gain or lose weight?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Have you ever had an injury, like a sprain, muscle or ligament tear, or tendonitis that caused you to miss a practice or game?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50.	Do you limit or carefully control what you eat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Have you had any broken or fractured bones or dislocated joints?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	51.	Has anyone recommended you change your weight or eating habits?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Have you had a bone or joint injury that required x-rays, MRI, CT, surgery, injections, rehabilitation, physical therapy, a brace, a cast, or crutches?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52.	Do you have any concerns that you would like to discuss with a doctor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Have you ever had a stress fracture?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	53.	What is the date of your last Tetanus immunization? Date: _____		
23.	Have you ever had an x-ray of your neck for atlanto-axial instability? OR Have you ever been told that you have that disorder or any neck/spine problem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>FEMALES ONLY</b>			
24.	Do you regularly use a brace or assistive device?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54.	Have you ever had a menstrual period?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Have you ever been diagnosed with asthma or other allergic disorders?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	55.	Age when you had your first menstrual period?		
26.	Do you cough, wheeze, or have difficulty breathing during or after exercise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56.	How many periods have you had in the last 12 months?		
27.	Is there anyone in your family who has asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	57.	Do you take a calcium supplement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Have you ever used an inhaler or taken asthma medicine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Explain "Yes" answers here:</b>			
29.	Were you born without or are you missing a kidney, an eye, a testicle, or any other organ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
30.	Have you had infectious mononucleosis (mono) within the last three months?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
31.	Have you ever had mono or any illness lasting more than two weeks?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_

Athlete's Signature: \_\_\_\_\_

**PART III -- PHYSICAL EXAMINATION**

NAME: \_\_\_\_\_ SCHOOL: \_\_\_\_\_

HEIGHT: \_\_\_\_\_ WEIGHT: \_\_\_\_\_ SEX: \_\_\_\_\_ AGE: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

\*Tanner Stage or Maturation Index? (males only): \_\_\_\_\_ BP: \_\_\_\_\_

\*Percent Body Fat: \_\_\_\_\_ Pulse: \*(rest) \_\_\_\_\_

\*Audiogram \_\_\_\_\_ \*(Exercise) \_\_\_\_\_

\* Vision: Corrected: (L) \_\_\_\_\_ (R) \_\_\_\_\_ (Both) \_\_\_\_\_ \*(Recovery) \_\_\_\_\_

Uncorrected (L) \_\_\_\_\_ (R) \_\_\_\_\_ (Both) \_\_\_\_\_ \*FEV or Peak Flow (rest) \_\_\_\_\_

	N	Abnormal		N	Abnormal
Eyes			Cervical Spine/neck		
Ears			Back		
Nose			Shoulders		
Throat			Arm/elbow/wrist/hand		
Teeth			Knees/hips		
Skin			Ankle/feet		
Lymphatic			Marfan Screen		
Lungs			*Urine		
Heart			*Hemoglobin or HCT and or Iron stores		
Peripheral pulses			^Echocardiogram		
Abdomen			^Neuropsyc Testing		
Genitalia/hernia (male only)			^Pelvic Examination		

**\*WHEN MEDICALLY INDICATED**

(Physician judgment based on history, exam, and knowledge of other recent physical and laboratory evaluations)

**^WITH SPECIAL INDICATIONS**

(These studies may be recommended to the athlete because of history or physical findings and may or may not be required before making participation decision.)

**I have reviewed the data above, reviewed his/her medical history form and make the following**

**recommendations for his/her participation in athletics.**

- CLEARED WITHOUT RESTRICTIONS**
- Cleared **AFTER** further evaluation or treatment for: \_\_\_\_\_
- Cleared for **Limited participation** (check and explain "reason" for all that apply):  
 Not cleared for (specific sports): \_\_\_\_\_  
 Cleared only for (specific sports): \_\_\_\_\_  
Reason(s): \_\_\_\_\_
- NOT CLEARED FOR PARTICIPATION:** \_\_\_\_\_  
Reason(s): \_\_\_\_\_
- Other Recommendations:  
 Recommend monitoring during early conditioning because of weight/fitness/other  
 Recommend restrictions or monitoring of weight loss or gain  
 Other: Reasons: \_\_\_\_\_

**MD/DO, PA, NP, DE-SPC#, Signature:** \_\_\_\_\_

Date of Examination: \_\_\_\_\_ Date Signed: \_\_\_\_\_

**NAME OF PHYSICIAN/PA/NURSE PRACTITIONER/CERTIFIED-REGISTERED CHIROPRACTOR and degree: (print):**

Address: \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_