

NORTH CAROLINA HIGH SCHOOL ATHLETIC ASSOCIATION SPORT
PREPARTICIPATION EXAMINATION FORM /
ASOCIACIÓN DE ATLETISMO DE LAS ESCUELAS DE SECUNDARIA SUPERIOR DE CAROLINA DEL NORTE
FORMULARIO DE EXAMINACIÓN PARA LA PARTICIPACIÓN EN DEPORTES

Student Athlete's Name / Nombre del estudiante atleta: _____

DOB / la fec. nac. : _____ Age / Edad: _____ Gender / Género: _____

This is a **screening examination** for participation in sports. **This DOES NOT substitute for a comprehensive examination** with your child's regular physician where important preventive health information can be covered.

Este es una evaluación para la participación en deportes. **No sustituye un examen detallado con el médico regular** de su hijo(a), donde información de salud importante y preventiva puede ser cubierta.

Student-Athlete's Directions: Please review all questions with your parent or legal custodian and answer them to the best of your knowledge.

Instrucciones para el deportista: Por favor, revise todas las preguntas junto con su padre/madre/tutor legal y contéstelas lo mejor posible de acuerdo a su conocimiento.

Parent/Legal Custodian Directions: Please make sure that all questions are answered to the best of your knowledge. If you do not understand or are unsure about the answer to a question please ask your doctor. Not disclosing accurate information may put your child at risk during sports activity.

Instrucciones para los padres de familia: Por favor, asegúrese que todas las preguntas son contestadas lo mejor posible de acuerdo a lo que sabe. Si no entiende o no sabe la respuesta a una pregunta, por favor, pregúntele a su médico. El no divulgar información precisa puede perjudicar la salud de su hijo(a) mientras hace deporte.

Physician's Directions: We recommend carefully reviewing these questions and clarifying any "Yes" or "Unsure" answers.

Explain "Yes" or "Unsure" answers in the space provided below or on an attached separate sheet if needed / En el espacio de abajo explique todas sus respuestas que contestó con "Sí" o "No sé"	Yes / Sí	No	Unsure / No sé
1. Does the athlete have any chronic medical illnesses [diabetes, asthma (exercise asthma), kidney problems, migraine, etc.]? List: ¿El deportista tiene alguna enfermedad crónica [diabetes, asma (asma inducida por ejercicio), problemas con los riñones, etc.]? Enumere:	☐	☐	☐
2. Is the student-athlete presently taking any medications or pills? ¿El deportista está tomando actualmente algún medicamento o pastillas?	☐	☐	☐
3. Does the student-athlete have any allergies (medicine, bees or other stinging insect, latex)? ¿El deportista tiene alguna alergia (a medicina, las abejas u otros insectos que pican, látex)?	☐	☐	☐
4. Does the student-athlete have the sickle cell trait? ¿El deportista tiene la enfermedad de células falciformes?	☐	☐	☐
5. Has the student-athlete ever had a head injury, been knocked out, or had a concussion? ¿Alguna vez el deportista se ha lastimado la cabeza, ha sido noqueado, o ha tenido una contusión?	☐	☐	☐
6. Has the student-athlete ever had a heat injury (heat stroke) or severe muscle cramps with activities? ¿Alguna vez el deportista se ha lastimado la cabeza (insolación) o calambres musculares severos con actividades?	☐	☐	☐
7. Has the student-athlete ever passed out or nearly passed out DURING exercise, emotion, or startle? ¿Alguna vez el deportista se ha desmayado o casi se ha desmayado MIENTRAS está haciendo ejercicio, o al emocionarse o espantarse?	☐	☐	☐
8. Has the student-athlete ever fainted or passed out AFTER exercise? ¿Alguna vez el deportista ha desmayado o ha perdido el conocimiento DESPUÉS de hacer ejercicio?	☐	☐	☐
9. Has the student-athlete had extreme fatigue (been really tired) with exercise (different from other children)? ¿Alguna vez el deportista ha tenido fatiga (cansancio extremo) con el ejercicio (diferente de otros niños)?	☐	☐	☐
10. Has the student-athlete ever had trouble breathing during exercise, or a cough with exercise? ¿Alguna vez el deportista ha tenido dificultad para respirar mientras está haciendo ejercicio, o le ha dado tos con el ejercicio?	☐	☐	☐
11. Has the student-athlete ever been diagnosed with exercise-induced asthma? ¿Alguna vez un médico le ha dicho al deportista que tiene asma inducida por el ejercicio?	☐	☐	☐
12. Has a doctor ever told the student athlete that they have high blood pressure? ¿Alguna vez un médico le ha dicho al deportista que tiene presión alta?	☐	☐	☐
13. Has a doctor ever told the student-athlete that they have a heart infection? ¿Alguna vez un médico le ha dicho al deportista que tiene una infección del corazón?	☐	☐	☐
14. Has the doctor ever ordered an EKG or other test for the student-athlete's heart, or has the athlete ever been told they have a heart murmur? ¿Alguna vez un médico ordenó un electrocardiograma u otra prueba para el corazón del deportista, o le han dicho al deportista que tiene un soplo en el corazón?	☐	☐	☐
15. Has the student-athlete ever had discomfort, pain, or pressure in their chest during or after exercise or complained of their heart "racing" or "skipping beats"? ¿Alguna vez el deportista ha tenido molestias, dolor o presión en el pecho durante o después de hacer ejercicio o se ha quejado de sentir el corazón acelerado (palpitaciones) o latidos irregulares del corazón?	☐	☐	☐

Student-Athlete's Name: _____ Age: _____ Date of Birth: _____

Height: _____ Weight: _____ BP (% ile) / (% ile) Pulse: _____

Vision: R 20/ _____ L 20/ _____ Corrected: Y N Sports(s): _____

Physical Examination (Below Must be Completed by Licensed Physician, Nurse Practitioner or Physician Assistant)

These are required elements for all examinations			
	NORMAL	ABNORMAL	ABNORMAL FINDINGS
PULSES			
HEART			
LUNGS			
SKIN			
NECK/BACK			
SHOULDER			
KNEE			
ANKLE/FOOT			
Other Orthopedic Problems			

Optional Examination Elements – Should be done if history indicates

HEENT			
ABDOMINAL			
GENITALIA (MALES)			
HERNIA (MALES)			

Clearance:

- ☐ A. Cleared
- ☐ B. Cleared after completing evaluation/rehabilitation for: _____
- ☐ *** C. Medical Waiver Form must be attached (for the condition of: _____)
- ☐ D. Not cleared for: ☐ Collision ☐ Contact ☐ Non-contact _____ Strenuous _____ Moderately strenuous _____ Non-strenuous

Due to: _____

Additional Recommendations/Rehab Instructions: _____

Name of Physician/Extender: _____ (Please print)

Signature of Physician/Extender: _____ MD DO PA NP (Please circle)

(Both signature and circle of designated degree required)

Date of Examination: _____

Address: _____

Phone: _____

Physician Office Stamp

(*** The following are considered disqualifying until appropriate medical and parental releases are obtained: post-operative clearance, acute infections, obvious growth retardation, uncontrolled diabetes, severe visual or auditory impairment, pulmonary insufficiency, organic heart disease or Stage 2 hypertension, enlarged liver or spleen, a chronic musculoskeletal condition that limits ability for safe exercise/sport (i.e. Klippel-Feil anomaly, Sprengel's deformity), history of uncontrolled seizures, absence of/ or one kidney, eye, testicle or ovary, etc.) **This form is approved by the NCHSAA Sports Medicine Advisory Committee and the NCHSAA Board of Directors.**