

**PASCO SCHOOL DISTRICT  
PRE-PARTICIPATION HISTORY AND PHYSICAL EXAMINATION**

**I UNDERSTAND THAT TOTAL FREEDOM FROM HEALTH PROBLEMS CANNOT BE GUARANTEED BY THE  
PHYSICIAN PERFORMING THIS PHYSICAL EXAM/SCREENING.**

EXAM DATE: \_\_\_\_\_ PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: **X** \_\_\_\_\_

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

ADDRESS: \_\_\_\_\_ CITY: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

HOME PHONE: \_\_\_\_\_ WORK PHONE: \_\_\_\_\_ SPORT: \_\_\_\_\_

**HISTORY**

- | Yes                          | No                       |  |
|------------------------------|--------------------------|--|
| 1. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | Have you had any illness/injury recently, or do you have an illness/injury now?                    |
| 2. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | Have you had a medical problem, illness or injury since your last exam?                            |
| 3. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | Do you have any chronic or recurrent illness?  |
| 4. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | Have you ever had any illness lasting more than a week?  |
| 5. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | Have you ever been hospitalized overnight?   |
| 6. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | Have you had any surgery other than tonsillectomy?   |
| 7. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | Have you ever had any injuries requiring treatment by a physician?                                 |
| 8. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | Do you have any organ missing other than tonsils (appendix, eye, kidney, testicle, etc.)?          |
| 9. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | Are you presently taking ANY medications (including birth control pill, vitamin, aspirin, etc.)?   |
| 10. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Do you have ANY allergies (medicines, bees, foods, or other factors)? _____                        |
| 11. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Have you ever had chest pain, dizziness, fainting, passing out during or after exercise?           |
| 12. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Do you tire more easily or quickly than your friends during exercise?                              |
| 13. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Have you ever had any problem with your blood pressure or your heart?                              |
| 14. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Have any close relatives had heart problems, heart attack or sudden death before they were age 50? |
| 15. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Do you have any skin problems (acne, itching, rashes, etc.)?                                       |
| 16. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Have you ever had fainting, convulsions, seizures or severe dizziness?                             |
| 17. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Do you have frequent severe headaches?   |
| 18. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Have you ever had a "stinger" or "burner" or "pinched nerve"?                                      |
| 19. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Have you ever been "knocked out" or "passed out"?  |
| 20. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Have you ever had a neck or head injury?   |
| 21. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Have you ever had heat exhaustion, heat stroke, heat cramps or similar heat-related problems?      |
| 22. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Have you had asthma, or trouble breathing, or cough during or after exercise?                      |
| 23. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Do you wear eyeglasses, contact lenses or protective eyewear?                                      |
| 24. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Have you had any problem with your eyes or vision?   |
| 25. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Do you wear any dental appliance such as braces, bridge, plate, or retainer?                       |
| 26. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Have you ever had a knee injury?   |
| 27. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Have you ever had an ankle injury?   |
| 28. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Have you ever injured any other joint (shoulder, wrist, fingers, etc.)?                            |
| 29. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Have you ever had a broken bone (fracture)?  |
| 30. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Have you ever had a cast, splint, or had to use crutches?  |
| 31. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Must you use special equipment for competition (pads, braces, neck roll, etc.)?                    |
| 32. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Has it been more than 5 years since your last tetanus booster shot?                                |
| 33. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Are you worried about your weight?   |
| 34. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>FEMALES:</b> Have you any menstrual problems?   |
| 35. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Have you any medical concerns about participating in your sport?                                   |

\*\*\*\*\* ATHLETE SHOULD NOT WRITE BELOW THIS LINE \*\*\*\*\*

**NEED EXAMINER'S COMMENTS ON ALL "YES" ANSWERS (refer to question number):**

---



---



---



---



---

**PHYSICAL EXAMINATION/SCREENING**

**NAME:** \_\_\_\_\_ **GRADE:** \_\_\_\_\_ **SCHOOL:** \_\_\_\_\_

Age: \_\_\_\_\_ Pulse: \_\_\_\_\_  
 Height: \_\_\_\_\_ Blood Pressure: \_\_\_\_\_  
 Weight: \_\_\_\_\_ Visual Acuity: Left 20/ \_\_\_\_\_  
 Right 20/ \_\_\_\_\_

(Optional)

Urinalysis:
Body Fat %
HCT:
EST VO2 Max:
Audiometry:

**Normal**

- 1. Head
- 2. Eyes (pupils), ENT
- 3. Teeth
- 4. Chest
- 5. Lungs
- 6. Heart
- 7. Abdomen
- 8. Hernia
- 9. Neurologic
- 10. Skin
- 11. Physical Maturity
- 12. Spine, Back
- 13. Shoulders, Upper extremities
- 14. Lower extremities

**Abnormal**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Assessment:  Full participation  
 Limited participation (describe limitations, restrictions):

\_\_\_\_\_

Participation contraindicated (list reasons):

\_\_\_\_\_

Recommendations (equipment, taping, rehabilitation, etc.):

\_\_\_\_\_

**EXAMINER'S SIGNATURE:** \_\_\_\_\_ **TODAY'S DATE:** \_\_\_\_\_

**EXAMINER'S PHONE:** \_\_\_\_\_ **PRINT/STAMP EXAMINER'S NAME:** \_\_\_\_\_

**DISTRITO ESCOLAR DE PASCO**  
**HISTORIAL DE PARTICIPACIÓN PREVIA Y EXAMEN FÍSICO**

**ENTIENDO QUE LA EXENCIÓN TOTAL DE PROBLEMAS DE SALUD NO PUEDE SER  
GARANTIZADA POR EL MÉDICO QUE REALIZA EL EXAMEN FÍSICO REGISTRADO AL DORSO.**

FECHA: \_\_\_\_\_ FIRMA DEL PADRE/TUTOR: **X** \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ FECHA DEL EXAMEN: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE CASA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_ DEPORTE: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MÉDICO**

- |     | Si                       | No                       |   |
|-----|--------------------------|--------------------------|---|
| 1.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido alguna enfermedad/lesión recientemente, o tienes una enfermedad/ lesión ahora?                                  |
| 2.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido un problema médico, enfermedad o lesión desde tu último examen?   |
| 3.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes alguna enfermedad crónica o recurrente?   |
| 4.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido alguna vez alguna enfermedad que duró más de una semana?  |
| 5.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has sido hospitalizado alguna vez por una noche completa?  |
| 6.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido alguna cirugía además de la amigdalectomía (operación de las anginas)?  |
| 7.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido alguna vez alguna lesión que haya requerido tratamiento médico?   |
| 8.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has perdido algunos de tus órganos además de las amígdalas (apéndice, ojo, riñón, testículo, etc.)?                        |
| 9.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Estás tomando actualmente algún medicamento (incluyendo píldora anticonceptiva, vitaminas, aspirina, etc.)                 |
| 10. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes CUALQUIER alergia (medicinas, abejas, comida, u otros factores)? _____  |
| 11. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido alguna vez dolor de pecho, mareo, desmayo, desvanecimiento durante o después del ejercicio?                     |
| 12. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Te cansas más fácil o rápidamente que tus amigos durante el ejercicio?   |
| 13. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido alguna vez algún problema con tu presión arterial o tu corazón?   |
| 14. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Algún pariente cercano ha tenido problemas de corazón, infarto o muerte repentina antes de la edad de 50?                  |
| 15. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes algún problema de la piel (acné, comezón, erupciones, etc.)?  |
| 16. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido alguna vez desmayos, convulsiones, ataques o mareos severos?  |
| 17. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes dolores de cabeza severos frecuentes?   |
| 18. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido alguna vez un nervio pellizcado que te cause ardor o picazón?   |
| 19. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Te han dejado noqueado o inconsciente alguna vez?  |
| 20. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido alguna vez alguna lesión en el cuello o en la cabeza?   |
| 21. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido alguna vez agotamiento por calor, insolación, espasmo muscular o problemas similares relacionados con el calor? |
| 22. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido asma, o dificultad para respirar o tos durante o después del ejercicio?   |
| 23. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Usas anteojos, lentes de contacto o lentes de protección?  |
| 24. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido algún problema con tus ojos o visión?   |
| 25. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Usas cualquier aparato dental como frenos, puente, dentadura postiza, o retenedor?   |
| 26. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido alguna vez una lesión de rodilla?   |
| 27. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido alguna vez una lesión de tobillo?   |
| 28. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Te has lastimado alguna vez alguna otra articulación (hombro, muñeca, dedos, etc.)?  |
| 29. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido alguna vez un hueso roto (fractura)?  |
| 30. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has tenido alguna vez que ser enyesado, entablillado, o has tenido que usar muletas?                                       |
| 31. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes que usar equipo especial para competir(almohadillas, aparatos ortopédicos, collarín, etc.)?                         |
| 32. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Han pasado más de 5 años desde que se te administró la última dosis de refuerzo contra el tétano?                          |
| 33. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Te preocupa tu peso?   |
| 34. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | MUJERES: ¿Tienes algún problema menstrual?  |
| 35. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes alguna preocupación médica con respecto a la participación en los deportes?   |

**\*\*\*\*\* EL ATLETA NO DEBE ESCRIBIR DEBAJO DE ESTA LÍNEA \*\*\*\*\***

**NEED EXAMINER'S COMMENTS ON ALL "YES" ANSWERS (refer to question number):**

---

---

---

---

---