

IOWA ATHLETIC PRE-PARTICIPATION PHYSICAL EXAMINATION

ARTICLE VII 36.14(1) PHYSICAL EXAMINATION. Every year each student (grades 7-12) shall present to the student's superintendent a certificate signed by a licensed physician and surgeon, osteopathic physician and surgeon, osteopath, advanced registered nurse practitioner (ARNP), physician's assistant or qualified doctor of chiropractic, to the effect that the student has been examined and may safely engage in athletic competition. This certificate of physical examination is valid for the purposes of this rule for one (1) calendar year. A grace period, not to exceed thirty (30) days, is allowed for expired certifications of physical examination.

QUESTIONNAIRE FOR ATHLETIC PARTICIPATION (Please type or neatly print this information)

Student's Name _____ Male ___ Female ___ Date of Birth _____ Grade _____

Home Address _____ Phone # _____

Parent's/Guardian's Name _____ Date _____

Family Physician _____ Phone # _____

HEALTH HISTORY (The following questions should be completed by the student-athlete with the assistance of a parent or guardian. A parent or guardian is required to sign on the other side of this form after the examination.)

	Yes	No			Yes	No	
1.	_____	_____	Allergies to medication, pollen, stinging insects, food, etc.?	20.	_____	_____	Head injury, concussion, unconsciousness?
2.	_____	_____	Any illness lasting more than one (1) week?	21.	_____	_____	Headache, memory loss, or confusion with contact?
3.	_____	_____	Asthma or difficulty breathing during exercise?	22.	_____	_____	Numbness, tingling or weakness in arms or legs with contact?
4.	_____	_____	Chronic or recurrent illness or injury?	*****			
5.	_____	_____	Diabetes?	23.	_____	_____	Severe muscle cramps or illness when exercising in the heat?
6.	_____	_____	Epilepsy or other seizures?	*****			
7.	_____	_____	Eyeglasses or contacts?	24.	_____	_____	Fracture, stress fracture or dislocated joint(s)?
8.	_____	_____	Herpes or MRSA?	25.	_____	_____	Injuries requiring medical treatment?
9.	_____	_____	Hospitalizations (Overnight or longer)?	26.	_____	_____	Knee injury or surgery?
10.	_____	_____	Marfan Syndrome?	27.	_____	_____	Neck injury?
11.	_____	_____	Missing organ (eye, kidney, testicle)?	28.	_____	_____	Orthotics, braces, protective equipment?
12.	_____	_____	Mononucleosis or Rheumatic fever?	29.	_____	_____	Other serious joint injury?
13.	_____	_____	Seizures or frequent headaches?	30.	_____	_____	Painful bulge or hernia in the groin area?
14.	_____	_____	Surgery?	31.	_____	_____	X-rays, MRI, CT scan, physical therapy?
*****				*****			
15.	_____	_____	Chest pressure, pain, or tightness with exercise?	32.	_____	_____	Has a doctor ever denied or restricted your participation in sports for any reason?
16.	_____	_____	Excessive shortness of breath with exercise?	33.	_____	_____	Do you have any concerns you would like to discuss with your health care provider?
17.	_____	_____	Headaches, dizziness or fainting during, or after, exercise?				
18.	_____	_____	Heart problems (Racing, skipped beats, murmur, infection, etc.?)				
19.	_____	_____	High blood pressure or high cholesterol?				

Yes No Family History:

34. _____ Does anyone in your family have Marfan syndrome?

35. _____ Has anyone in your family died of heart problems or any unexpected/unexplained reason before the age of 50?

36. _____ Does anyone in your family have a heart problem, pacemaker or implanted defibrillator?

37. _____ Has anyone in your family had unexplained fainting, seizures, or near drowning?

38. _____ Does anyone in your family have asthma?

Use this space to explain any "YES" answers from above (questions #1-38) or to provide any additional information:

39. Are you allergic to any prescription or over-the-counter medications? If yes, list: _____

40. List all medications you are presently taking (including asthma inhalers & EpiPens) and the condition the medication is for:
 A. _____ B. _____ C. _____

41. Year of last known vaccination: Tetanus: _____ Meningitis: _____ Influenza: _____

42. What is the most and least you have weighed in the past year? **Most** _____ **Least** _____

43. Are you happy with your current weight? **Yes** _____ **No** _____ **If no**, how many pounds would you like to lose or gain?
 Lose _____ Gain _____

FOR FEMALES ONLY:

1. How old were you when you had your first menstrual period? _____

2. How many periods have you had in the last 12 months? _____

PHYSICAL EXAMINATION RECORD (To be completed by a licensed medical professional as designated in Article VII 36.14(1). *This evaluation is only to determine readiness for sports participation. It should NOT be used as a substitute for regular health maintenance examinations.*

Athlete's Name _____ Height _____ Weight _____

Pulse _____ Blood Pressure _____ / _____ (Repeat, if abnormal _____ / _____) Vision R 20/ _____ L 20/ _____

	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS	INITIALS
1. Appearance (esp. Marfan's)			
2. Eyes/Ears/Nose/Throat			
3. Pupil Size (Equal/Unequal)			
4. Mouth & Teeth			
5. Neck			
6. Lymph Nodes			
7. Heart (Standing & Lying)			
8. Pulses (esp. femoral)			
9. Chest & Lungs			
10. Abdomen			
11. Skin			
12. Genitals - Hernia			
13. Musculoskeletal - ROM, strength, etc. (See questions 24-31)			
14. Neurological			

Comments regarding abnormal findings: _____

LICENSED MEDICAL PROFESSIONAL'S ATHLETIC PARTICIPATION RECOMMENDATIONS

FULL & UNLIMITED PARTICIPATION

LIMITED PARTICIPATION - May **NOT** participate in the following (checked):

_____ Baseball _____ Basketball _____ Bowling _____ Cross Country _____ Football _____ Golf _____ Soccer
 _____ Softball _____ Swimming _____ Tennis _____ Track _____ Volleyball _____ Wrestling

CLEARANCE PENDING DOCUMENTED FOLLOW UP OF

NOT CLEARED FOR ATHLETIC PARTICIPATION DUE TO

Licensed Medical Professional's Name (Printed) _____ Date of PPE _____

Licensed Medical Professional's Signature _____ Phone _____

PARENT'S OR GUARDIAN'S PERMISSION AND RELEASE

I hereby **verify** the accuracy of the information on the opposite side of this form and **give my consent** for the above named student to engage in approved athletic activities as a representative of his/her school, except those activities indicated above by the licensed professional. I also **give my permission** for the team's physician, certified athletic trainer, or other qualified personnel to give first aid treatment to my son or daughter at an athletic event in case of injury.

Name of Parent or Guardian (Printed) _____ Signature of Parent of Guardian _____

Address (Street/PO Box, City, State, Zip) _____ Phone Number _____

Preparticipación Atlético Examen Físico, Actualización

Artículo VII 36.14 (1) Examen Físico. Todos los años cada estudiante (grados 7-12) presentará al supervisor del estudiante un certificado firmado por un médico y el cirujano licenciados, médico y cirujano osteopáticos, el osteópata, enfermero registrado avanzado (ARNP), ayudante de médico o médico calificado de la quiropráctica, al efecto que el estudiante se ha examinado y puede entrar seguramente en la competencia atlético. Este certificado de examen físico es válido para los propósitos de esta regla para uno (1) calendario año. Un periodo de gracia, no exceder treinta (30) días, es permitido para certificaciones expiradas de examen físico.

Cuestionario para la Participación Atlético (por favor escribe a máquina o imprime ordenadamente esta información)

Nombre _____ Masculino ___ Hembra ___ Fecha del nacimiento _____ Grado _____

Domicilio _____ Distrito Escolar _____

Nombre de padre/guardián _____ Fecha _____ Numero del teléfono _____

Médico de la familia _____ Teléfono del médico _____

HISTORIA DE LA SALUD (Las preguntas siguientes deben ser completadas por el estudiante-atleta con la ayuda de un padre o guardián. Un padre o el guardián son requeridos a firmar en al otro lado de esta forma después que el examen físico se completa.)

Si No ¿Tenga este estudiante tuvo cualquiera...

- 1 ___ ___ Alergia medicinas, al polen, los insectos, comida?
- 2 ___ ___ Enfermedad que dura más de una (1) semana?
- 3 ___ ___ El Asma o dificultad que respira durante ejercicio?
- 4 ___ ___ Enfermedad o la herida que es crónica o recurrente?
- 5 ___ ___ La Diabetes?
- 6 ___ ___ Epilepsia u otros ataques?
- 7 ___ ___ Llevar lentes o lentillas?
- 8 ___ ___ La infección del herpes o MRSA?
- 9 ___ ___ Hospitalizaciones (de noches o más largo)?
- 10 ___ ___ El Síndrome de Marfan?
- 11 ___ ___ Perdiendo órganos (ojo, un riñón, un testículo)?
- 12 ___ ___ La fiebre Reumática, el mononucleosis?
- 13 ___ ___ Las tomas o frecuente dolores de cabeza?
- 14 ___ ___ La cirugía?
- *****
- 15 ___ ___ Presión en el pecho, dolor o sensación de opresión con el ejercicio?
- 16 ___ ___ El mareo o desmayar con ejercicio?
- 17 ___ ___ Dolores de cabeza, mareos o desmayos durante, o después de hacer ejercicio?
- 18 ___ ___ Los problemas cardíacos (compitiendo, el murmullo, golpes saltados, la infección, etc.)?
- 19 ___ ___ La hipertensión o el colesterol alto?

Si No ¿Tenga este estudiante tuvo cualquiera...

- 20 ___ ___ La herida en la cabeza, la conmoción, la inconsciencia?
- 21 ___ ___ La herida en la cabeza, la conmoción, la inconsciencia?
- 22 ___ ___ El entumecimiento, sentir hormigueo, o la debilidad en armamentos o piernas con contacto?

- 23 ___ ___ El músculo severo obstaculiza o se enferma al ejercitar en el calor?

- 24 ___ ___ Fractura, la fractura por sobrecarga o articulación dislocada?
- 25 ___ ___ Las heridas que requieren el tratamiento médico?
- 26 ___ ___ La herida de rodilla o la cirugía de rodilla?
- 27 ___ ___ La herida del cuello?
- 28 ___ ___ Aparatos ortopédicos, aparatos ortopédicos, equipos de protección?
- 29 ___ ___ Otras heridas articulación graves?
- 30 ___ ___ Doloroso abultamiento o hernia en la ingle?
- 31 ___ ___ Rayos X, resonancia magnética, tomografía computarizada, terapia física?

- 32 ___ ___ Un médico ha negado nunca o restringido su participación en los deportes por cualquier razón?
- 33 ___ ___ ¿Tiene alguna duda que le gustaría discutir con su proveedor de atención médica?

Si No Historia de Familia

- 34 ___ ___ ¿En su familia tiene cualquiera síndrome de Marfan?
- 35 ___ ___ ¿Ha alguien de su familia murió de problemas cardíacos o cualquier motivo inesperado/inexplicada antes de la edad de 50 años?
- 36 ___ ___ ¿Alguien en su familia tiene un problema cardíaco, marcapasos o desfibriladores implantables?
- 37 ___ ___ ¿Tiene alguien en su familia había inexplicable desmayo, convulsiones, o cerca de ahogarse?
- 38 ___ ___ ¿Alguien en su familia tiene asma?
- 39 ___ ___ ¿Usted o alguien de su familia tienen rasgo de células falciformes o la enfermedad?

Utilice este espacio para explicar cualquiera del encima de numerado "sí" respuestas (preguntas #1-38) o para proporcionar información adicional: _____

40 ¿Es usted alérgico a cualquier prescripción o medicinas sin receta? Si sí, lista: _____

41 Lista todos medicinas que usted actualmente está tomando (incluir inhalantes de asma y EpiPens) y la condición que la medicina es para-
A _____ B _____ C _____

42 Año del último conocido- El tétano inyección _____ Vacunación de Meningitis _____ Vacunación de Influenza _____

43 ¿Qué es el más y menos usted ha pesado en el año pasado? Mayoría _____ Menos _____

44 ¿Está usted contento con su peso actual? Sí _____ No _____

PARA MUJERES SOLO-

1. ¿Cuántos años tenía cuando usted tuvo su primer período menstrual? _____

2. En el año pasado, ¿qué es el tiempo más largo que usted ha ido entre períodos menstruales? _____

Registro Físico del Examen (Ser completado por un médico de profesional licenciado como designado en el Artículo VII 36.14(1). Esta evaluación es de sólo determinar la prontitud para la participación de deporte. No se debe utilizar como un sustituto para exámenes regulares de salud.

Nombre de atleta _____ La altura _____ Peso _____

Pulso _____ Tensión _____ / _____ (Repita si anormal _____ / _____) la Visión R 20/ _____ L 20/ _____

	NORMALES	CONCLUSIONES ANORMALES	INICIALAN
1. La apariencia (esp. Marfan's)	_____	_____	_____
2. Los ojos/orejas/nariz/garganta	_____	_____	_____
3. El tamaño del alumno (Iguala/no igual)	_____	_____	_____
4. La boca & dientes	_____	_____	_____
5. El cuello	_____	_____	_____
6. Nodos de linfa	_____	_____	_____
7. El corazón (Parándose & Mintiendo)	_____	_____	_____
8. Pulsos (esp. Femoral)	_____	_____	_____
9. El pecho & pulmones	_____	_____	_____
10. El abdomen	_____	_____	_____
11. Pele	_____	_____	_____
12. Los genitales-Hernia	_____	_____	_____
13. El músculo esquelético-ROM, la fuerza, etc. (Vea las preguntas 24-28)	_____	_____	_____
14. Neurológico	_____	_____	_____
Los comentarios con respecto a conclusiones anormales - _____			

La Recomendación Atlética de la Participación de los Licenciados Médicos Profesionales

REPLETO & ILIMITADA PARTICIPACION

LIMITO PARTICIPACION-NO puede tomar parte en el siguiente (verificó)

- | | | | | | |
|--|-------------------------------------|---|---|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Béisbol | <input type="checkbox"/> Baloncesto | <input type="checkbox"/> A campo través | <input type="checkbox"/> Fútbol americano | <input type="checkbox"/> Golf | <input type="checkbox"/> Fútbol |
| <input type="checkbox"/> Béisbol para chicas | <input type="checkbox"/> Natación | <input type="checkbox"/> Tenis | <input type="checkbox"/> pista(correr) | <input type="checkbox"/> Voleibol | <input type="checkbox"/> Lucha |
| <input type="checkbox"/> Lanzamiento | | | | | |

Espacio Libre pendiente documentado sigue de _____

No aprobado para la Participación Atlética debido a: _____

Nombre de Médico Licenció Profesional (Imprimió)

La Fecha

Firma de Médico Licenció Profesional

Numero del teléfono

El permiso y la liberación de los Padres o el Guardián (Firme después del examen físico se ha completado.)

Yo verifique la certeza de la información en el lado opuesto de esta forma y doy mi consentimiento para el estudiante denominado para entrar en actividades atléticas aprobados como un representante de su escuela, menos que esas actividades indicadas por encima del profesional licenciado. También doy mi permiso para el médico del equipo, certificado de entrenador de atletismo, u otro personal calificado para dar tratamiento de primeros auxilios a mi hijo o hija en un evento atlético en caso de lesión o enfermedad y compartir la información necesaria sobre la lesión/enfermedad con el personal escolar apropiado.

El nombre del padre/guardián (Imprimió)

Firma del padre/guardián

Dirección de domicilio (Apartados de correos de calle, la ciudad, el estado, la cremallera)

El numero del teléfono

Esta forma se ha desarrollado con la ayuda del Comité en la Medicina de Deporte del Iowa la Sociedad Médica y ha sido aprobada para el uso por el Departamento de Iowa de la Educación, Iowa Educa Alto la Asociación Atlética, Chicas de Iowa Educan Alto Unión Atlética. Las escuelas son favorecidas a no cambiar esta forma de su formato publicado. Las formas adicionales de la escuela ciertamente pueden ser conectadas a esta forma.