



HEALTH HISTORY AND PHYSICAL EVALUATION

The school district will keep and maintain this as confidential information.

Student Name: First, Last _____ Birthdate ____/____/____ Male ___ Female ___

REASON FOR REFERRAL: ATHLETICS FOR THE FOLLOWING CONCERNS: _____

PARENT/GUARDIAN AUTHORIZATION: For release of health information, I hereby give my consent to the school named above to receive from, or send to the following health care professional(s), Dr. _____, any health information concerning my child.

Parent/Guardian Name (Print) _____

Parent/Guardian Signature _____

Date _____

STUDENT HEALTH HISTORY – TO BE COMPLETED BY PARENT OR GUARDIAN

Currently under the care of:

Doctor's Name: _____ For what condition? _____

Dentist's Name: _____

Medication: Please indicate the name and dosage of any medication(s) that your child is taking. _____

CHECK YESOR NO FOR EACH CONDITION LISTED BELOW. PROVIDE SPECIFICS AS REQUESTED.						
Yes	No	Condition		Yes	No	Condition
		Asthma, Hay Fever				Diabetes
		Dental Problem				Down Syndrome
		Kidney Problem				If yes to Down Syndrome, have cervical spine (neck bone) x-rays been done?
		Tuberculosis (Tb)				If yes to Down Syndrome, Atlanto Axial Instability?
		Cancer				Special Diet
		Speech impairment				Exercise induced wheezing
		Colon problem				Tendency to bleed easily
		Stomach problem				Parent/Sibling (under 40) died of heart disease
		Heart Disease/Heart Defect/High Blood Pressure				Emotional/psychiatric/behavior problems
		Allergy to the following (be specific)				Absence of one kidney or testicle
		Medicine:				Serious bone or join disorder
		Foods:				Concussion or serious head injury
		Insect Sting/Bite:				Sickle cell trait or disease
		Chest pain or Fainting spells				Major surgery or serious illness
		Seizures/Epilepsy				Dentures/False teeth
		Hearing aid/Hearing loss				Impaired moto ability
		Heat stroke/exhaustion				Uses a wheelchair
		Contact lenses/eye glasses				Other problem that would interfere with sports participation

HEALTH HISTORY AND PHYSICAL EXAMINATION FORM (Continued)

Student's Name: _____ Birthdate: ____/____/____

SPECIAL NEEDS – ONE CHECK AND PARENT/GUARDIAN INITIALS FOR EACH LINE IS REQUIRED:

YES	NO	Initials	Health or Special Need
			Participant has no special health needs the staff should be aware of, and no medication is required
			Participant has a chronic allergic condition or temporary medical or physical condition, and instructions are attached. No. of attached pages: _____.
			Participant has a special need covered by Section 504 and/or an individualized education plan (IEP)
			Participant has a history of head injury or concussion. If yes, attach description with a copy of written clearance form from your licensed healthcare provider. No. of attached pages: _____.
			Other (please describe): No. of attached pages: _____.



UNION SCHOOL DISTRICT

HISTORIAL DE SALUD Y EVALUACIÓN FÍSICA

El Distrito Escolar guardará y mantendrá esta información confidencial

Nombre y Apellido del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Hombre __ Mujer

MOTIVO DE REFERENCIA: ____ DEPORTES ____ POR LAS SIGUIENTES INQUIETUDES: _____

AUTORIZACIÓN DEL PADRE/TUTOR: Para divulgar información de salud, por este medio doy mi consentimiento a la escuela arriba indicada para recibir o enviar al (los) siguiente(s) profesional(es) en cuidado de salud, Dr. _____, cualquier información sobre la salud de mi hijo.

Nombre del Padre/Tutor (Impreso) _____ Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

HISTORIAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE – DEBE SER CUMPLIMENTADO POR EL PADRE O TUTOR

Actualmente bajo el cuidado de:

Nombre del Doctor: _____ ¿Por cuál condición? _____

Nombre del Dentista: _____

Medicamentos: Favor indicar el nombre y la dosis de cualquier medicamento (s) que esté tomando su niño. _____

MARQUE SÍ O NO PARA CADA CONDICIÓN MENCIONADA A CONTINUACIÓN. PROPORCIONE ESPECÍFICOS SEGÚN LO SOLICITADO.					
Sí	No	Condición	Sí	No	Condición
		Asma, Fiebre del Heno			Diabetes
		Problema dental			Síndrome de Down
		Problema renal			Si la respuesta es sí al síndrome de Down, ¿se han realizado radiografías de la columna cervical (hueso del cuello)?
		Tuberculosis (Tb)			Si sí a Síndrome de Down, Inestabilidad Atlanto Axial?
		Cancer			Dieta Especial
		Deterioro del habla			Sibilancias inducidas por el ejercicio
		Problema de colon			Tendencia a sangrar con facilidad
		Problema estomacal			Padre/hermano (menor de 40 años) murió de enfermedad cardíaca
		Enfermedad cardíaca/Defecto cardíaco/Presión arterial alta			Problemas emocionales/psiquiátricos/de conducta
		Alergia a lo siguiente (sea específico)			Ausencia de un riñón o testículo
		Medicamento:			Trastorno óseo o articular grave
		Alimentos:			Conmoción cerebral o lesión grave en la cabeza
		Picadura/mordedura de insecto:			Rasgo o enfermedad de células falciformes
		Dolor en el pecho o desmayos			Cirugía mayor o enfermedad grave
		Convulsiones/Epilepsia			Dentaduras/Dientes postizos
		Audífono/pérdida de audición			Deterioro de la capacidad motora
		Golpe de calor/agotamiento			Usa silla de ruedas
		Lentes de contacto/anteojos			Otro problema que podría interferir con la participación en deportes

**FORMULARIO DE HISTORIAL
DE SALUD Y EXAMINACIÓN
FÍSICA (Continúa)**



Nombre del Estudiante: _____

_____/_____/_____
Fecha de Nacimiento

NECESIDADES ESPECIALES –SE REQUIERE UNA MARCA Y LAS INICIALES DEL PADRE/TUTOR POR CADA LÍNEA:

SI	NO	Iniciales	Tema de Salud o Necesidad Especial
			El participante no tiene necesidades especiales de salud que el personal deba saber y no requiere medicamento alguno
			El participante tiene una condición alérgica crónica o condición médica o física y se anexan instrucciones No. de páginas anexas: _____.
			El participante tiene una necesidad especial amparada por la Sección 504 y/o un plan de educación individualizado (IEP)
			El participante tiene un antecedente de lesión o conmoción cerebral. De ser el caso, anexe una descripción con una copia de una autorización escrita de su proveedor de cuidados médicos certificado. No. de páginas anexas: _____.
			Otros (por favor, describa): No. de páginas anexas: _____.