



*Alcanzando a los Estudiantes. Glorificando a Cristo.  
Transformando el Mundo.*

## PAQUETE DE INSCRIPCIÓN

*Entonces comprenderás la justicia y el derecho, y la equidad  
... la sabiduría vendrá a tu corazón, y el conocimiento te  
endulzará la vida.*

*Proverbios 2:9-10 NVI*

## Bienvenido a la familia First Baptist School

Gracias por su interés en First Baptist School. Sabemos que tiene muchas opciones en la educación; por lo tanto, estamos encantados de que usted confíe en nosotros con esta oportunidad. Por favor sepa que no nos tomamos este privilegio ligeramente. Tenga por seguro que nuestro dedicado personal y Facultad hará todo lo posible para garantizar el éxito del estudiante. Su participación es bienvenida y apreciada. Por favor lea este paquete completo y cuidadosamente. Información completa realzará grandemente nuestra capacidad para ser eficaz. Confiando en el Señor, estamos encantados de servir a usted y a su familia.

En el servicio del Señor,

*Terry A. Roberts*  
Superintendente

---

### **Lista de comprobación de admisiones:**

- ✓ Formulario de solicitud completo
- ✓ Cartilla de vacunación actualizada
- ✓ Certificado de nacimiento
- ✓ Tarjeta de Seguro Social
- ✓ Calificaciones (2 años anteriores y actual)
- ✓ Prueba estandarizada (Iowa o Stanford)
- ✓ Carta de recomendación de su Pastor (**sólo los alumnos de secundaria, grados 6-12**)
- ✓ Carta de referencia de un maestro actual o administrador (**solamente los alumnos de secundaria, grados 6-12**)

Cuando todos los documentos y la solicitud esté completa y sometida a la oficina de la escuela, se le dará una cita para el examen de admisión. Nuestra oficina les llamará para programar una entrevista con la directora de la escuela, cuando los resultados estén listos. Ambos padres, así como el estudiante necesitan asistir a la entrevista con la directora de la escuela. FBS mira una variedad de factores para determinar la aceptación a nuestra escuela. Estos factores incluyen: motivación personal, rendimiento escolar y resultados de la prueba. Después de la entrevista, la familia será notificada de la decisión de aceptación. La familia tendrá dos semanas para responder a la decisión y completar los procedimientos de inscripción.

**FIRST BAPTIST SCHOOL SE RESERVA EL DERECHO DE SOLICITAR EL RETIRO DE CUALQUIER ESTUDIANTE QUIEN NO CUMPLE CON LOS REQUISITOS ACADÉMICOS O FALLA EN CUMPLIR CON SUS REGLAS Y POLÍTICAS.**

First Baptist School está totalmente acreditada por Association of Christian Schools International (ACSI) y Southern Association of Colleges and Schools (SACS) y no discrimina en base de raza, origen nacional o étnico, género, edad o discapacidad en sus políticas de admisión o acceso a la educación y programas extracurriculares y actividades.

*First Baptist School existe para glorificar a Dios al proporcionar una educación bíblica para que los estudiantes y sus familias sean entrenados, transformados y capacitados para servir e impactar al mundo para el Reino de Cristo.*

\*El comité de First Baptist School se reserva el derecho de aumentar la colegiatura si el gobierno promulga un nuevo salario mínimo.



# SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

2024-2025

Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_  
Solicitando para el grado: \_\_\_\_\_  
Otoño / Primavera Año 20\_\_ - 20\_\_

**NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE** \_\_\_\_\_ M \_\_\_ F  
Apellido Nombre 2º Nombre

Domicilio/Dirección de Correo: \_\_\_\_\_  
Calle/Apartado de Correos Ciudad Estado Código Postal

Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_ Número de SS o Identificación \_\_\_\_\_  
M/D/A

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ciudadanía: \_\_\_ EEUU \_\_\_ México \_\_\_ Otra

Grupo Étnico: \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
Calle

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado CP

Tel. Domicilio (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Tel. Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Correo Electrónico** \_\_\_\_\_

**Ocupación** \_\_\_\_\_

Nombre del Negocio \_\_\_\_\_

Tel. Oficina \_\_\_\_\_

\_\_\_ Padre  
\_\_\_ Madre  
\_\_\_ Padrastro  
\_\_\_ Madrastra  
\_\_\_ Tutor

**Nombre:** \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
Calle

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado CP

Tel. Domicilio (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Tel. Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Correo Electrónico** \_\_\_\_\_

**Ocupación** \_\_\_\_\_

Nombre del Negocio \_\_\_\_\_

Tel. Oficina \_\_\_\_\_

\_\_\_ Padre  
\_\_\_ Madre  
\_\_\_ Padrastro  
\_\_\_ Madrastra  
\_\_\_ Tutor

**¿UTILIZARÁ LOS SERVICIOS DE GUARDERÍA?** Sí \_\_\_ No \_\_\_ (\_\_\_\_ 7:30-8:00 am y/o \_\_\_\_ 4:00 - 5:00pm)

**Por favor, seleccione un plan de pago de colegiatura:**

\_\_\_ Pago Anual (Descuento de \$150 si paga colegiatura y honorarios antes del 31 de julio del 2024)  
\_\_\_ Pago a 10 meses (agosto – mayo) primer pago de colegiatura se vence el 1º de agosto del 2024  
**Libros y honorarios deben pagarse antes del 1 de julio del 2024**

**Familia recomendada por:**

Solo para uso de oficina: RenWeb # \_\_\_\_\_ Solicitud \$ \_\_\_\_\_ Efectivo / # de Cheque \_\_\_\_\_  
Examen de Admisión \$ \_\_\_\_\_ Efectivo / # de Cheque \_\_\_\_\_ Fecha de Entrevista: \_\_\_\_\_  
Aceptado \_\_\_ Sí \_\_\_ No Cargo de Inscripción \$ \_\_\_\_\_ Efectivo / # de Cheque \_\_\_\_\_

**HERMANOS**

Nombre \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**LA IGLESIA QUE ASISTEN** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**HISTORIA DE ESCUELA**

Escuela Actual \_\_\_\_\_ Director \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Escuela/Guardería Anterior \_\_\_\_\_ Grados asistidos \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

El solicitante ha cambiado de escuelas: Voluntariamente \_\_\_\_\_ Involuntariamente \_\_\_\_\_

Si fue involuntariamente, por favor explique:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**HISTORIA ACADÉMICA**

¿El solicitante alguna vez adelantó o repitió un grado? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo explique: \_\_\_\_\_

¿El solicitante alguna vez ha consultado a un profesional para exámenes u orientación? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo especifique:

\_\_\_\_\_ Desarrollo del habla o lenguaje? \_\_\_\_\_ Consejería?

\_\_\_\_\_ TDA/TDAH \_\_\_\_\_ Diferencia de aprendizaje?

\_\_\_\_\_ Otro; especifique por favor \_\_\_\_\_

**Favor de anexar una copia de los resultados de todas las pruebas a menos que éstas ya se encuentren en el archivo de FBS.****Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es objetiva y cierta. Entiendo que falsificar información contenida en esta solicitud puede ser causa de no admisión o expulsión inmediata.**

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

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

Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



## INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE Y AUTORIZACIÓN PARA ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nac. \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

En caso de que yo/nosotros no podamos ser contactados para hacer los arreglos necesarios para una situación médica de emergencia, la administración/personal de First Baptist School debe contactar a las siguientes personas, quienes tienen mi/nuestra autorización para asegurar atención médica a mi estudiante. En la improbable situación de que estas personas no estén disponibles, yo/nosotros autorizamos al personal de la escuela para contactar a los doctores con licencia especificados en esta hoja, para consejo médico y, si es necesario, para transportar a mi estudiante a la oficina del doctor o a cualquier instalación con tratamiento médico disponible recomendado por el doctor. En caso de que el doctor no esté disponible o no esté dispuesto a dar instrucciones al personal de la escuela, también tienen mi/nuestra autorización para usar su criterio profesional para asegurar la mejor atención médica disponible para mi/nuestro(a) estudiante). **First Baptist School NO ASUME ninguna responsabilidad en caso de accidente o daño.** Por este medio manifiesto que estoy de acuerdo en indemnizar y no perjudicar a la escuela o representante de la escuela, o de cualquier escuela u hospital, a través de ningún reclamo y por medio de ninguna persona, por el cuidado o tratamiento recibido por este estudiante. Si en el periodo entre esta fecha y el inicio de clases ocurriera cualquier enfermedad o daño que pudiera limitar la participación de este estudiante en cualquier actividad, o si hay algún cambio en su estado durante el año escolar, estoy de acuerdo en notificar a las autoridades de la escuela.

### SE REQUIERE AL MENOS UN CONTACTO, ADEMÁS DE LOS PADRES, EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE	RELACIÓN	TEL. CASA	TEL. OFICINA	CELULAR
	<b>PADRE</b>			
	<b>MADRE</b>			

### SERVICIO MÉDICO/PERSONAL

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Teléfono(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad CP

### INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

Compañía Aseguradora \_\_\_\_\_ Número de Póliza \_\_\_\_\_

Número de Grupo \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**ALERGIAS**    **SI** \_\_\_\_\_    **NO** \_\_\_\_\_

TIPO DE ALERGIA (DROGA, COMIDA, INSECTO): \_\_\_\_\_

MEDICAMENTO PARA CONTROLAR LA ALERGIA: \_\_\_\_\_

ALGUNA ALERTA ESPECIAL O TRATAMIENTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

En ocasiones, los estudiantes se quejan de molestias comunes como dolor de cabeza, garganta irritada o dolor de estómago.

Favor de **indicar** cuáles productos podemos administrar a su estudiante:

Tylenol \_\_\_ Caramelo p/la Tos \_\_\_ Tableta Antiácida \_\_\_

**Indicar** si su estudiante usa:

Lentes \_\_\_ Lentes de contacto \_\_\_ Aparato p/oír \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN PARA RECOGER: LO SIGUIENTE PUEDE RECOGER A ESTE ESTUDIANTE DE LA ESCUELA:**

NOMBRE	RELACIÓN	FIRMA

*A mi leal entender y saber, la información proporcionada aquí y en las páginas anteriores es cierta y exacta.  
Llamaré a la escuela en la mañana que mi hijo se ausente, si es posible.*

PADRE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

MADRE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

TUTOR(ES) LEGAL(ES): \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_



# ACUERDOS CONTRACTUALES

AÑO 20\_\_ - 20\_\_

NOMBRE DEL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ GRADO \_\_\_\_\_

## ACUERDO FINANCIERO

Entiendo que...

- Los pagos de colegiatura deben ser realizados en un plan de 10 meses (Ago. – Mayo) o de 12 meses (Jun.-Mayo), a menos que se haya llegado a un acuerdo para hacer un pago anual o semianual. Los pagos deben hacerse el día 1º de cada mes. Los pagos que se realicen después del día 10 del mes, serán considerados como retrasos. Las cuotas vencen el 1 de julio y se consideran tarde el día 10. Después del día 10, **un recargo del 10% del balance, será agregado al saldo de mi cuenta.**
- Si mi primer pago no ha sido realizado para el 10 de agosto, el nombre de mi estudiante puede ser reemplazado con el de otra persona en lista de espera.
- First Baptist School no concede devoluciones de pagos de inscripción ni de pagos iniciales de **junio o agosto.**
- Si mi cuenta presenta un retraso y no se hizo algún arreglo previo con el director, mi estudiante no podrá participar en ninguna actividad extracurricular y podrían ser despedidos de la escuela hasta que se hagan los pagos necesarios.
- Las calificaciones no serán entregadas hasta que la cuenta sea saldada en su totalidad.

## ACUERDO DE PARTICIPACIÓN

- Mi estudiante tiene permiso de participar en todas las actividades escolares, incluyendo viajes en autobús, actividades deportivas, y viajes patrocinados por la escuela, fuera de las instalaciones de la escuela. Así mismo, doy mi consentimiento a FBS y su personal para fotografiar, videograbar o audio grabar a mí estudiante en caso de ser necesario, y hacer uso de los derechos y/o publicar las fotografías, videograbaciones y audiograbaciones en cualquier publicación de la escuela y material de relaciones públicas.
- **Estamos de acuerdo en asistir a juntas de padres durante el año escolar, así como a la visita al salón de clases y las conferencias de padres.**

## DECLARACIÓN DE COOPERACIÓN

- Estoy de acuerdo en que si mi estudiante está inscrito en First Baptist School, haré mi mejor esfuerzo para cooperar y apoyar a la escuela en sus métodos y principios de educación.

**FIRMAS: AMBOS PADRES DEBEN FIRMAR**

PADRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

MADRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

TUTOR(ES) LEGALES: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_



**Este formulario debe incluirse con todas las solicitudes de inscripción**

## **Programas Federales 2024 -2025**

Los programas federales de Brownsville Independent School District (BISD) acoge con agrado la oportunidad de ayudar y apoyar a First Baptist School con laboratorios adicionales de lectura y matemáticas. Para determinar si su estudiante es o no es elegible para este programa, por favor complete la siguiente encuesta. Busque cuántos miembros son de su familia y vaya al nivel de ingreso anual en el gráfico.

<b># DE MIEMBROS EN SU HOGAR</b>	<b>INGRESO ANUAL</b>
1	23,107
2	31,284
3	39,461
4	47,638
5	55,815
6	63,992
7	72,169
8	80,346

¿Es su ingreso familiar menos de la cantidad en el gráfico? Sí \_\_\_ No \_\_\_

Por favor proporcione la siguiente información:

Nombre de su estudiante : \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre de escuela pública que su estudiante pertenece en el distrito escolar de Brownsville: \_\_\_\_\_

Nivel de grado de su estudiante: \_\_\_\_\_

**NOTA: INDIQUE SOLO UN IDIOMA POR RESPUESTA**

1. ¿Qué idioma se usa en el hogar del estudiante la mayor parte del tiempo? \_\_\_\_\_

2. ¿Qué idioma usa el estudiante la mayor parte del tiempo? \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_





## CARTA DE RECOMENDACIÓN DE UN PASTOR

Fecha \_\_\_\_\_

### PARA SER LLENADO POR LOS PADRES O TUTOR ANTES DE DAR A SU PASTOR

Nombre del padre o Tutor legal \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad Estado CP

Solicitando para:  Primaria  Secundaria  Preparatoria

Nombre(s) de estudiante(s) que solicitan admisión:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_

### PARA SER COMPLETADO POR EL PASTOR

La familia aquí mencionada está solicitando su admisión a First Baptist School. Favor de contestar las siguientes preguntas y **enviar la forma completa en un sobre sellado** a First Baptist School. Gracias.

¿Su iglesia apoya la filosofía que se expone al reverso de esta forma?  Sí  No

¿Las personas de esta familia son miembros de su iglesia?  Sí  No

¿Esta familia asiste regularmente a los servicios en su iglesia?  Sí  No

¿En qué actividades de la iglesia participan los miembros de esta familia?

\_\_\_\_\_

¿Qué evidencia de crecimiento espiritual ha observado usted en esta familia?

\_\_\_\_\_

¿Hay algún otro dato que considere usted importante que nosotros sepamos acerca de esta familia?

\_\_\_\_\_

Nombre del Pastor \_\_\_\_\_ Firma del Pastor \_\_\_\_\_

Nombre de la iglesia \_\_\_\_\_ Correo electrónico del Pastor \_\_\_\_\_

Teléfono ( ) \_\_\_\_\_ Fax ( ) \_\_\_\_\_

Dirección de la iglesia \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

## **FIRST BAPTIST SCHOOL DECLARACIÓN DE FE**

Nosotros incondicionalmente afirmamos y creemos en:

\*La Divina inspiración de la Biblia, en todas sus partes y exenta de error en su origen;

\*Un único, eterno Dios, existente en tres personas: Padre, Hijo y Espíritu Santo, quien creó al hombre en un acto directo e inmediato;

\*La preexistencia, encarnación, nacimiento de una virgen, vida libre de pecado, milagros, muerte en sustitución por los pecadores, resurrección, ascensión a los Cielos, y segunda venida del Señor Jesucristo;

\*La caída del hombre, la necesidad de regeneración por obra del Espíritu Santo, en base solamente a la gracia, y en la resurrección de todos a la vida o a la condenación;

\*La relación espiritual de todos los creyentes en el Señor Jesucristo, viviendo una vida de rectitud, separados del mundo, testificando de Su gracia y salvación a través del ministerio del Espíritu Santo.

**FBS no discrimina sobre la base de origen de raza, color, orígenes nacionales o étnicas en sus políticas de admisión o el acceso a sus actividades y programas educativos y extracurriculares.**



# STUDENT REFERENCE FORM

**APPLICANT'S NAME** \_\_\_\_\_

The above applicant desires to be a student at First Baptist School and wishes to use your name as a reference. FBS accepts students who have a commitment to Christian excellence and who will support the principles and policies of FBS. This referral will be kept strictly confidential. We appreciate your time in providing us with your honest appraisal of this applicant.

How long have you known the applicant? \_\_\_(yrs)

What has been your relationship to the applicant?

teacher     other \_\_\_\_\_

What, in your estimation, are the applicant's strengths? \_\_\_\_\_

In what areas might the applicant need to experience growth? \_\_\_\_\_

**IF THERE IS ADDITIONAL INFORMATION ABOUT THIS APPLICANT THAT YOU FEEL WE SHOULD KNOW PLEASE INDICATE ON THE BACK OF THIS FORM.**

On the following scale, with 1 being the weakest and 5 being the strongest, please share your personal appraisal of the applicant.

- |                           |                      |
|---------------------------|----------------------|
| A. Spirituality           | 1 2 3 4 5 don't know |
| B. Intellect              | 1 2 3 4 5 don't know |
| C. Judgment               | 1 2 3 4 5 don't know |
| D. Attitude               | 1 2 3 4 5 don't know |
| E. Relationship to church | 1 2 3 4 5 don't know |
| F. Lifestyle              | 1 2 3 4 5 don't know |
| G. Personal discipline    | 1 2 3 4 5 don't know |

- I recommend this applicant without reservation.
- I recommend this applicant with reservation.
- I do not recommend this applicant under the present circumstances.
- I do not recommend this applicant under any circumstances.

Your name \_\_\_\_\_ Position \_\_\_\_\_  
Address \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

May we contact you by phone concerning this applicant?  yes  no

**PLEASE MAIL THIS RECOMMENDATION TO THE ADDRESS GIVEN BELOW, OR RETURN TO THE APPLICANT IN A SEALED ENVELOPE WHICH YOU HAVE SIGNED OVER THE SEAL.**



# Principal's Evaluation Form

Student Full Name \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_ Grade Level \_\_\_\_\_

Yes \_\_\_ No \_\_\_ Is your school accredited?

Yes \_\_\_ No \_\_\_ Is the student eligible to re-enter your school next term?

Yes \_\_\_ No \_\_\_ Is the student currently in a Special Education Program?

Yes \_\_\_ No \_\_\_ Has the student been involved in acts of dishonesty?

Yes \_\_\_ No \_\_\_ Has the student been involved in substance abuse this year?

Yes \_\_\_ No \_\_\_ Has the student participated in or stimulated disorderly, disruptive, or unmannerly conduct?

Yes \_\_\_ No \_\_\_ Has the student exhibited unsatisfactory adjustments to other students?

Yes \_\_\_ No \_\_\_ Has the student had physical health problems?

Yes \_\_\_ No \_\_\_ Has the student had emotional health problems?

Yes \_\_\_ No \_\_\_ Has the student been disciplined by administrators?

Yes \_\_\_ No \_\_\_ Has the student been suspended?

Yes \_\_\_ No \_\_\_ Has the student been expelled?

Yes \_\_\_ No \_\_\_ Has this student exhibited any behavior that would indicate a(probability) (possibility) (danger) that he (will) (could) (might) abuse or assault a fellow student?

Yes \_\_\_ No \_\_\_ Has this student made any statements or threats that would indicate risk or harm towards others?

Please give us your candid opinion of this student as a student and citizen. We wish to know about the student's work habits, motivation, sense of humor, areas of strength and areas of weakness. We are particularly interested in your estimate of this student's potential. If there are any reasons why you would NOT recommend this applicant as a student, please share those thoughts with us as well. Thank you for your time and cooperation.

*Please attach your explanation.*

### Name of person completing this form

First Name \_\_\_\_\_ Last Name \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Name of School \_\_\_\_\_  
Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ ZIP Code \_\_\_\_\_

*Reach the Students. Glorify Christ. Transform the World. A ministry of First Baptist Church.*



# First Baptist School Physical Examination Form

School Year \_\_\_\_\_

Grade \_\_\_\_\_

**Both sides of this form must be completed and on file prior to participation in any athletic activity, including P.E., and recess**

Student's Name \_\_\_\_\_ Gender \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_  
 Height \_\_\_\_\_ Weight \_\_\_\_\_ Pulse \_\_\_\_\_ Blood Pressure \_\_\_\_\_

Medical	Normal	Abnormal Findings	Initials
<b>Appearance</b>			
Eyes/ears/nose/throat			
Lymph nodes			
Heart – auscultation of the heart in the supine position			
- auscultation of the heart in the standing position			
- pulses (all extremities)			
Lungs			
Abdomen			
Genitalia (males only)			
Skin			

Musculoskeletal	Normal	Abnormal Findings	Initials
Neck			
Back			
Shoulder/arm			
Elbow/forearm			
Wrist/hand			
Hip/thigh			
Knee			
Leg/ankle			
foot			

Station-based examination only

### Medical History Questionnaire - to be completed by the physician

- |  |     |    |
|--|-----|----|
| 1. Is the patient under a doctor's care for a specific medical condition?  | Yes | No |
| 2. Has the patient been hospitalized overnight in the past year?   | Yes | No |
| 3. Has the patient had surgery in the past year?   | Yes | No |
| 4. Is the patient currently taking any prescription or over-the-counter medications?   | Yes | No |
| 5. Has the patient ever experienced any complications during or after exercise?  | Yes | No |
| 6. Does the patient cough, wheeze, or have trouble breathing during exercise?  | Yes | No |
| 7. Does the patient have asthma? <b>Yes</b> <b>No</b> Does the patient use an inhaler?   | Yes | No |
| 8. Has the patient ever been treated for high blood pressure or high cholesterol?  | Yes | No |
| 9. Does the patient have a heart murmur?   | Yes | No |
| 10. Has a doctor ever denied or restricted participation in sports due to heart or other problems?   | Yes | No |
| 11. Has the patient had a severe viral infection (e.g.; myocarditis or mononucleosis) within the last year?  | Yes | No |
| 12. Has the patient ever had a head injury or concussion?  | Yes | No |
| 13. Has the patient ever been knocked out, become unconscious, or lost their memory?   | Yes | No |
| 14. Has the patient ever had a seizure?  | Yes | No |
| 15. Is the patient missing any organs?   | Yes | No |
| 16. Does the patient use any special protective or corrective equipment or devices (e.g.; knee brace, oral retainer, foot orthotics, neck support) | Yes | No |
| 17. Has the patient ever experienced a ligament sprain, muscle strain or swelling in the joints due to injury?                                     | Yes | No |
| 18. Has the patient ever broken or fractured a bone or dislocated any joints?  | Yes | No |
| 19. Has the patient had any other problems with pain or swelling in muscles, tendons, bones or joints?   | Yes | No |

Please provide explanations to "yes" responses:

**STUDENT HEALTH CARD (to be completed by Student's Health Care Provider)**

Student's Name: \_\_\_\_\_ Sex: M/F DOB: \_\_\_\_\_

**HEARING @ 25 dB** Date: \_\_\_\_\_ Screener Name: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_  
 (Pure-Tone audiometric Sweep-Check Screen)  
 HZ \_\_\_\_\_ 1000 2000 4000  
 Right \_\_\_\_\_  
 Left \_\_\_\_\_ Pass \_\_\_\_\_ Fail \_\_\_\_\_

Vision and Hearing: Required of incoming 1<sup>st</sup>, 3<sup>rd</sup>, 5<sup>th</sup> and 7<sup>th</sup> grade,  
 AND **ALL NEW STUDENTS**

**VISION** Date: \_\_\_\_\_ Screener Name: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_  
 Right 20/ \_\_\_\_\_ Left 20/ \_\_\_\_\_ Pass \_\_\_\_\_ Fail \_\_\_\_\_

**SPINAL** Date: \_\_\_\_\_ Screener Name: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_  
 L R  
 \_\_\_\_\_ High Shoulder  
 \_\_\_\_\_ Shoulder blade stands out more than the other  
 \_\_\_\_\_ Obvious curve of the spine in area rib cage  
 \_\_\_\_\_ Rib hump  
 \_\_\_\_\_ Obvious curve of spine in lower back  
 \_\_\_\_\_ Hip higher than the other side  
 Other (including round back): \_\_\_\_\_  
 Diagnosis: \_\_\_\_\_  
 Recommendation:  
 \_\_\_\_\_ No Treatment  
 \_\_\_\_\_ Treatment: \_\_\_\_\_ Observation \_\_\_\_\_ Brace \_\_\_\_\_ Surgery  
 \_\_\_\_\_ Other (describe): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Referral (describe): \_\_\_\_\_  
 Activity Limitation (if any): \_\_\_\_\_  
 Additional Comments: \_\_\_\_\_  
 Return Appointment and Date, if any: \_\_\_\_\_

Required of all incoming 5<sup>th</sup> - 9<sup>th</sup> graders only

Required of incoming 1<sup>st</sup>, 3<sup>rd</sup>, 5<sup>th</sup> and 7<sup>th</sup> grade;  
 AND **ALL NEW STUDENTS**

**Acanthosis Nigricans** Date: \_\_\_\_\_ Screener Name: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_  
 AN Marker present (from palpation of Neck)? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No  
 If Yes, please record child's:  
 DOB: \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_ (M/F) Ethnicity: \_\_\_\_\_  
 Height (inches): \_\_\_\_\_ Weight (lbs): \_\_\_\_\_ BMI: \_\_\_\_\_  
 Blood Pressure (two, 3-5 minutes rest between): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Normal (below 90<sup>th</sup> %) \_\_\_\_\_ Pre-hypertension (90-95<sup>th</sup> %) \_\_\_\_\_ Hypertension (95<sup>th</sup> % or more)

**Chickenpox (Varicella)** Date: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_  
 This is to verify that the above student had the varicella (chickenpox) illness on or about the following date ( \_\_\_\_\_ ) and does not need the vaccine.

**Statement of Clearance**

I have examined this student and completed the questionnaire with the patient or legal guardian and have considered their responses in my statement of clearance for participation in physical activities. I, hereby, certify that this student is:

\_\_\_\_\_ cleared for all physical activities  
 \_\_\_\_\_ cleared, after completing evaluation/rehabilitation for \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ not cleared for \_\_\_\_\_ Reason: \_\_\_\_\_  
 (State specific activity/activities)

This form must be **completed and signed** by a Physician, a licensed Physician Assistant or a Nurse Practitioner. Examination forms signed by any other health care practitioner, including chiropractors, will not be accepted.

Examiner's name \_\_\_\_\_ Phone Number \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_  
 Street City State Zip

Signature \_\_\_\_\_ Date of Examination \_\_\_\_\_