

Clark County School District  
**Student-Athlete Registration Instructions**  
**High School Athletics**

**2023-2024 Athletic Registration**

Registration for the 2023-2024 school year is now open. All student-athletes must register online prior to trying out for a sport. Parents will do the majority of the registration process, but students will need to read and e-sign documents. It is helpful to have the student available during this process.

**Steps for Registration**

- 1:** Go to [www.aktiviate.com](http://www.aktiviate.com) and create an account (or log into your existing account from [registermyathlete.com](http://registermyathlete.com)), be sure to keep your login information, you will use it each year you have an athlete playing sports in NV. If you have lost your password, please contact the Eldorado HS Athletic Office.
  - 2:** Click on **START/COMPLETE REGISTRATIONS** then **NEW REGISTRATION**. Click on **SELECT SCHOOL**, then Nevada and type Eldorado to select our school. Click **SELECT ATHLETE** and then enter the information for your student-athlete or select your returning athlete's name. Please use the same full legal name the student is registered with at school; do not use nicknames, shortened names or a different last name. Make sure the athlete's address matches the address of their primary guardian in Infinite Campus.
  - 3: SELECT YEAR/ SPORT.** Make sure you are registering in the correct school year (2023-2024). **NOTE:** It is best to register for all sports the athlete is interested in at this time. You can add sports later into the school year, but you must complete the majority of this process again. If the student-athlete thinks they may be interested in a sport, check that box now.
  - 4:** Fill out the **GUARDIAN INFO**, whoever is listed as Guardian 1 must also be the primary guardian listed in Infinite Campus and must reside at the same address as the athlete.
  - 5:** Fill out the student's **HEALTH INSURANCE INFO**. If the student does not have health insurance, contact the Eldorado HS Athletic Office for information on purchasing health insurance for high school athletes.
  - 6: NEVADA QUESTIONNAIRE:** Click on the **NIAA TRYOUT CHECKLIST** and answer the questions by checking the boxes, typing your name and clicking **E-SIGN** that you have read each of the statements. Both the parent and athlete must e-sign. Next is the **HIGH SCHOOL CHECK**, answer the questions based on your situation. There are many different questions to help make the process as efficient as possible. Check **YES** or **NO** to each question asked and follow the prompts. Read the questions carefully and answer honestly. Answers to these questions may have you complete a transfer application. The transfer process will tell you the student is ineligible until proof of eligibility is provided, this is normal, and documentation can be submitted later in the process. If your situation is not listed, please contact the Eldorado HS Athletic Office for guidance.
- CHANGE OF SCHOOL ASSIGNMENT (COSA):** Students attending Eldorado HS on a new COSA are considered "sub-varsity" for their first 180 school days of enrollment. This means they can only be on the Freshman or JV team of a sport. Per NIAA regulations, seniors (Grade 12) cannot be sub-varsity.
- 7:** If your athlete is a freshman or new to Eldorado HS, you must do a **GUARDIANSHIP AND RESIDENCY VERIFICATION**, please answer the questions based on your situation. You will need to provide two current proofs of address. If you have moved, a document of abandonment must be provided to show evidence that the prior residence has been vacated.

**DIVORCED/SEPARATED HOUSEHOLDS:** Any student from a divorced or separated household is required to provide a copy of the complete divorce decree/custody agreement signed by the judge to prove that the parent living in the zone has custody of the child. If the parents have equal custody, the student establishes athletic eligibility at the school where they began Grade 9. Once eligibility is established, the student may not transfer to the zone school of the other parent without being subject to the transfer rules.

**SHARED HOUSING:** There is a question about students living in the attendance zone on Shared Housing. This is a unique situation and does not apply to most students. If you are unsure, please contact the Registrar's Office for clarification. If you are living on Shared Housing, a hardship application must be completed.

**8:** Click on **ELECTRONIC DOCUMENTS**. Parent & athlete must read and e-sign all documents acknowledging their understanding and agreement to abide by them. **FINAL E-SIGNATURE** must be completed by the parent and athlete after reading the electronic documents.

**9:** Click on **PHYSICAL DOCUMENTS**. **CCSD ATHLETIC PACKET ELECTRONIC RECORDS RELEASE** must be printed and signed, then returned to the Eldorado Athletic Office where it is kept on file. **NIAA PHYSICAL FORM** must be printed out by clicking the **DOWNLOAD** button. The **HISTORY FORM** is completed by the parent and athlete prior to the physical exam and the **PHYSICAL EXAMINATION FORM** is completed by the physician. These two forms are not submitted to the school. The physician completes the **MEDICAL ELIGIBILITY FORM**, which must be uploaded back into your Aktivite account by clicking the **UPLOAD COMPLETE FORM** button. Free scanning apps are available on smartphones if you do not have a scanner. You can also upload **clear and unobstructed** pictures of this form if necessary. Eldorado HS will not accept paper copies. **The final step is to pay the athletic fee(s) to our school via Aktivite.**

**ACADEMIC ELIGIBILITY:** All student-athletes must be enrolled in a minimum of two semester credits (four classes) and have an unweighted **grade point average of 2.0 or better in the semester or quarter prior to trying out for a sport, have passed at least four classes, and failed no more than one class.** **GPA/credit requirements will again be checked during the season if the quarter or semester ends during that time.** All students in Grade 9 are eligible until first quarter grades are posted, middle school grades do not factor into high school eligibility. Once an athlete makes a team, grade checks occur every three weeks during the season. Students must maintain passing grades to remain eligible. Student who do not meet minimum initial eligibility requirements may gain eligibility at an upcoming three-week check with all passing grades. Specific questions can be directed to the Eldorado HS Athletic Office.

#### **Additional Guidance Documents:**

[Parent/Guardian Step-by-Step Guide to Aktivite \(with pictures\)](#)

[High School Athletic Eligibility: A Guide for Student-Athletes](#)

[Parent Registration Video Walkthrough](#)

[Aktivite FAQ Section](#)

**QUESTIONS OR ADDITIONAL HELP: Contact Adam Eslinger, Athletic Director**

[eslina@nv.ccsd.net](mailto:eslina@nv.ccsd.net)

702-799-7200



**Distrito Escolar del Condado de Clark**  
**Instrucciones de Inscripción para el Estudiante Deportista**  
**Deportes de la Escuela Secundaria**

***Inscripción Deportiva 2023-2024***

Ahora está abierta la inscripción para el año escolar 2023-2024. Todos los estudiantes deportistas se deben inscribir en línea antes de intentar un deporte. Los padres harán la mayor parte del proceso de inscripción, pero los estudiantes necesitarán leer y firmar electrónicamente documentos. Durante este proceso, será útil tener al estudiante disponible.

***Pasos para la Inscripción***

**1:** vaya a [www.aktivite.com](http://www.aktivite.com) y abra una cuenta (o ingrese en su cuenta existente desde [registermyathlete.com](http://registermyathlete.com)), asegúrese de guardar su información de ingreso, la usará cada año que tenga a un deportista jugando deportes en NV. Si ha perdido su contraseña, por favor póngase en contacto con la Oficina de Deportes al Eldorado HS.

**2:** haga clic en **START/COMPLETE REGISTRATIONS (INICIO/LLENAR INSCRIPCIONES)** después **NEW REGISTRATION (INSCRIPCIÓN NUEVA)**. Haga clic en **SELECT SCHOOL (SELECCIONE ESCUELA)**, después Nevada y teclee Eldorado HS para seleccionar nuestra escuela. Haga clic en **SELECT ATHLETE (SELECCIONE DEPORTISTA)** y después ingrese la información de su estudiante deportista o seleccione el nombre de su deportista que regresa. Por favor use el mismo nombre legal completo con el cual el estudiante está inscrito en la escuela; no use sobrenombres, nombres más cortos o un apellido diferente. Asegúrese de que la dirección del deportista es igual que la dirección de su tutor principal en *Infinite Campus*.

**3: SELECT YEAR/SPORT (SELECCIONE AÑO/DEPORTE).** Asegúrese de que está inscribiendo en el año escolar correcto (2023-2024). **AVISO:** es mejor inscribirse para todos los deportes en los que el deportista está interesado en este momento. Ya transcurrido el año escolar puede añadir deportes, pero debe de completar la mayor parte de este proceso nuevamente. Si el estudiante deportista piensa que puede estar interesado en un deporte, marque esa caja ahora.

**4:** llene **GUARDIAN INFO (INFORMACIÓN DEL TUTOR)**, quien sea que se menciona como el Tutor 1 también debe ser el tutor principal que se menciona en *Infinite Campus* y debe vivir en la misma dirección que el deportista.

**5:** llene **HEALTH INSURANCE INFO (INFORMACIÓN DEL SEGURO DE SALUD)** del estudiante. Si el estudiante no tiene seguro de salud, póngase en contacto con la Oficina de Deportes Eldorado HS para obtener información respecto a adquirir un seguro de salud para los deportistas de la escuela secundaria.

**6: NEVADA QUESTIONNAIRE (CUESTIONARIO DE NEVADA):** haga clic en **NIAA TRYOUT CHECKLIST (LISTA DE VERIFICACIÓN DE PRUEBA DE NIAA)** y responda las preguntas marcando las cajas, tecleando su nombre y haciendo clic en **E-SIGN (FIRMA ELECTRÓNICA)** de que ha leído cada una de las declaraciones. Tanto los padres como el deportista deben firmar electrónicamente. Después está **HIGH SCHOOL CHECK (VERIFICACIÓN DE LA ESCUELA SECUNDARIA)**, responda las preguntas en base a su situación. Existen muchos diferentes tipos de preguntas para ayudar a hacer el proceso tan eficientemente como sea posible. Marque **YES (SÍ)** o **NO (NO)** a cada pregunta que se haga y siga las indicaciones. Lea las preguntas cuidadosamente y responda honestamente. Las respuestas a estas preguntas pueden pedirle que llene una solicitud de transferencia. El proceso de transferencia le dirá que el estudiante no es elegible hasta que se proporcione una prueba de elegibilidad, esto es normal, y puede presentar documentación más adelante en el proceso. Si su situación no se menciona, para orientación, por favor póngase en contacto con la Oficina de Deportes al Eldorado HS.

**CAMBIO DE ASIGNACIÓN ESCOLAR (COSA\*):** los estudiantes que asisten a la ES Eldorado HS en un COSA nuevo durante sus primeros 180 días escolares de inscripción se consideran "subdivisión". Esto quiere decir que solamente pueden estar en un equipo del noveno grado o en un equipo de subdivisión o JV de un deporte. Según las regulaciones de NIAA\*, los alumnos del (12.º Grado) no pueden ser de subdivisión.



**7:** si su deportista es un estudiante del noveno grado o es nuevo en XXXXX, debe hacer una **VERIFICACIÓN DE CUSTODIA Y RESIDENCIA**, por favor responda las preguntas en base a su situación. Necesitará proporcionar dos comprobantes de domicilio actuales. Si se ha cambiado, se debe proporcionar un documento de abandono para mostrar evidencia de que la residencia anterior ha sido desocupada.

**DIVORCIADOS/HOGARES SEPARADOS:** cualquier estudiante de un hogar divorciado o separado necesita proporcionar una copia de la sentencia de divorcio/acuerdo de custodia firmado por un juez para probar que el padre que vive en la zona tiene la custodia del niño. Si los padres tienen custodia compartida, el estudiante establece elegibilidad deportiva en la escuela donde empezó el 9.º grado. Una vez que se establece la elegibilidad, el estudiante no se puede transferir a la zona escolar del otro padre sin sujetarse a los reglamentos de transferencia.

**VIVIENDA COMPARTIDA:** existe una pregunta sobre estudiantes que viven en Vivienda Compartida en la zona de asistencia. Esta es una situación singular y no aplica para la mayoría de los estudiantes. Si no está seguro, por favor póngase en contacto con la Oficina del Encargado de Inscripciones para aclaración. Si está viviendo en una Vivienda Compartida, se debe llenar una solicitud de adversidad.

**8:** haga clic en **ELECTRONIC DOCUMENTS (DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS)**. Los padres y el deportista deben leer y firmar electrónicamente todos los documentos reconociendo que entienden y están de acuerdo en cumplir con ellos. Después de leer los documentos electrónicos, los padres y el deportista deben completar **FINAL E-SIGNATURE (FIRMA ELECTRÓNICA FINAL)**.

**9:** haga clic en **PHYSICAL DOCUMENTS. CCSD ATHLETIC PACKET ELECTRONIC RECORDS RELEASE (LIBERACIÓN DE EXPEDIENTES ELECTRÓNICOS DEL PAQUETE DEPORTIVO DEL CCSD. DOCUMENTOS FÍSICOS)** se deben imprimir y firmar, después regresarlos a Oficina de Deportes Eldorado HS donde se mantienen archivados. Se debe imprimir **NIAA PHYSICAL FORM (FORMULARIO FÍSICO NIAA\*)** al hacer clic en el botón **DOWNLOAD (DESCARGAR)**. Los padres y el deportista llenan **HISTORY FORM (FORMULARIO DE HISTORIA)** antes del examen físico y el médico llena **PHYSICAL EXAMINATION FORM (FORMULARIO DE EXAMINACIÓN FÍSICA)**. Estos dos formularios **no** se entregan a la escuela. El médico llena **MEDICAL ELIGIBILITY FORM (FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD MÉDICA)**, se debe cargar nuevamente en su cuenta Aktivate haciendo clic en el botón **UPLOAD COMPLETE FORM (SUBIR FORMULARIO COMPLETO)**. Si no tiene un escáner, los teléfonos inteligentes tienen aplicaciones gratuitas disponibles. Si es necesario, también puede subir fotografías **claras y despejadas**. Eldorado HS no aceptará copias impresas. **El paso final es pagar la cuota(s) deportiva a nuestra escuela por medio de Aktivate.**

**ELEGIBILIDAD ACADÉMICA:** todos los estudiantes deportistas deben estar inscritos como mínimo en dos créditos de semestre (cuatro clases) y tener un **promedio de punto de calificación no ponderado de 2.0 o mejor en el semestre o en el trimestre previo a intentar algún deporte, haber aprobado al menos cuatro clases y no haber reprobado más de una clase. Se revisarán nuevamente los requisitos GPA\*/crédito durante la temporada si el trimestre o semestre finaliza durante ese tiempo.** Todos los estudiantes en el 9.º grado son elegibles hasta que se publiquen las calificaciones del primer trimestre, las calificaciones de la escuela intermedia no se consideran para la elegibilidad de la escuela secundaria. Una vez que un deportista entra a un equipo, la revisión de calificaciones se realiza cada tres semanas durante la temporada. Los estudiantes deben mantener calificaciones aprobatorias para permanecer elegibles. El estudiante que no cumpla con los requisitos mínimos iniciales de elegibilidad puede obtener elegibilidad en la próxima revisión dentro de tres semanas, con todas las calificaciones aprobatorias. Las preguntas específicas se pueden dirigir a Eldorado HS en la Oficina de Deportes.

#### **Orientación para Documentos Adicionales:**

[Elegibilidad Deportiva para la Escuela Secundaria: una Guía para Estudiantes Deportistas](#)

[Parent Registration Video Walkthrough](#)

[Parent/Guardian Step-by-Step Guide to Aktivate \(with pictures\)](#)

**PARA PREGUNTAS O AYUDA ADICIONAL: contacte Adam Eslinger, director de Deportes**

**[eslina@nv.ccsd.net](mailto:eslina@nv.ccsd.net)**

**702-799-7200**

\* Upload

**NOTE:** This document must be completed and retained in the School Athletic Office.

**Clark County School District  
STUDENT ATHLETIC PACKET  
AUTHORIZATION AND RELEASE FOR STUDENT INFORMATION AND ATHLETIC PACKET  
TO BE ENTERED ELECTRONICALLY**

Student Name (Print): \_\_\_\_\_  
Last First

Student ID Number: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_

Grade: \_\_\_\_\_ School Year: \_\_\_\_\_

Sport(s): \_\_\_\_\_

I/we hereby acknowledge that in order to participate in Nevada Interscholastic Activities Association ("NIAA") athletic activities I/we must complete an athletic packet that includes personally identifiable student information. NIAA has a contract with Sports Line Software, LLC ("SLS") (which operates sportslineoftware.com and registermyathlete.com) that allows electronic submission of the athletic packet and information. I/we hereby acknowledge that by entering/submitted personally identifiable student information as part of the athletic packet that it will be transmitted and stored electronically on the SLS system. It is the Clark County School District's ("CCSD") understanding that the information will be electronically transmitted and stored securely by SLS, however CCSD cannot guarantee the security of the information and assumes no liability for the student information entered into the SLS system.

I/we also hereby give permission for CCSD to enter/submit personally identifiable student information into the electronic SLS system for purposes of participation in interscholastic athletics, including, but not limited to transcripts, truancy reports, participation verification, address verification, and transfer information.

\_\_\_\_\_  
Printed Name of Parent/Guardian

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent/Guardian

\_\_\_\_\_  
Student Signature

\_\_\_\_\_  
Date





This form should be placed into the athlete's medical file and should NOT BE SHARED with schools or sports organizations. The Medical Eligibility Form is the only form that should be submitted to a school or sports organization.

**Disclaimer:** Athletes who have a current Preparticipation Physical Evaluation (per state and local guidance) on file should not need to complete another History Form.

■ **PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION (Interim Guidance)**

**HISTORY FORM**

Note: Complete and sign this form (with your parents if younger than 18) before your appointment.

Name: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_

Date of examination: \_\_\_\_\_ Sport(s): \_\_\_\_\_

Sex assigned at birth (F, M, or intersex): \_\_\_\_\_ How do you identify your gender? (F, M, non-binary or other): \_\_\_\_\_

List past and current medical conditions. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Have you ever had surgery? If yes, list all past surgical procedures. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicines and supplements: List all current prescriptions, over-the-counter medicines, and supplements (herbal and nutritional).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Do you have any allergies? If yes, please list all your allergies (ie, medicines, pollens, food, stinging insects).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Patient Health Questionnaire Version 4 (PHQ-4)**

*Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems? (Circle response.)*

|   | Not at all | Several days | Over half the days | Nearly every day |
|---|------------|--------------|--------------------|------------------|
| Feeling nervous, anxious, or on edge        | 0          | 1            | 2                  | 3                |
| Not being able to stop or control worrying  | 0          | 1            | 2                  | 3                |
| Little interest or pleasure in doing things | 0          | 1            | 2                  | 3                |
| Feeling down, depressed, or hopeless        | 0          | 1            | 2                  | 3                |

(A sum of >3 is considered positive on either subscale [questions 1 and 2, or questions 3 and 4] for screening purposes.)

| GENERAL QUESTIONS<br>(Explain "Yes" answers at the end of this form. Circle questions if you don't know the answer.) |     |    |
|--|-----|----|
|  | Yes | No |
| 1. Do you have any concerns that you would like to discuss with your provider?                                       |     |    |
| 2. Has a provider ever denied or restricted your participation in sports for any reason?                             |     |    |
| 3. Do you have any ongoing medical issues or recent illness?   |     |    |
| HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT YOU   |     |    |
|  | Yes | No |
| 4. Have you ever passed out or nearly passed out during or after exercise?   |     |    |
| 5. Have you ever had discomfort, pain, tightness, or pressure in your chest during exercise?                         |     |    |
| 6. Does your heart ever race, flutter in your chest, or skip beats (irregular beats) during exercise?                |     |    |
| 7. Has a doctor ever told you that you have any heart problems?  |     |    |
| 8. Has a doctor ever requested a test for your heart? For example, electrocardiography (ECG) or echocardiography.    |     |    |

| HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT YOU<br>(CONTINUED)   |     |    |
|---|-----|----|
|   | Yes | No |
| 9. Do you get light-headed or feel shorter of breath than your friends during exercise?   |     |    |
| 10. Have you ever had a seizure?  |     |    |
| HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT YOUR FAMILY  |     |    |
|   | Yes | No |
| 11. Has any family member or relative died of heart problems or had an unexpected or unexplained sudden death before age 35 years (including drowning or unexplained car crash)?  |     |    |
| 12. Does anyone in your family have a genetic heart problem such as hypertrophic cardiomyopathy (HCM), Marfan syndrome, arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy (ARVC), long QT syndrome (LQTS), short QT syndrome (SQTS), Brugada syndrome, or catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia (CPVT)? |     |    |
| 13. Has anyone in your family had a pacemaker or an implanted defibrillator before age 35?  |     |    |

| BONE AND JOINT QUESTIONS  | Yes | No |
|---|-----|----|
| 14. Have you ever had a stress fracture or an injury to a bone, muscle, ligament, joint, or tendon that caused you to miss a practice or game?        |     |    |
| 15. Do you have a bone, muscle, ligament, or joint injury that bothers you?   |     |    |
| MEDICAL QUESTIONS   | Yes | No |
| 16. Do you cough, wheeze, or have difficulty breathing during or after exercise?  |     |    |
| 17. Are you missing a kidney, an eye, a testicle (males), your spleen, or any other organ?  |     |    |
| 18. Do you have groin or testicle pain or a painful bulge or hernia in the groin area?  |     |    |
| 19. Do you have any recurring skin rashes or rashes that come and go, including herpes or methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA)?  |     |    |
| 20. Have you had a concussion or head injury that caused confusion, a prolonged headache, or memory problems?   |     |    |
| 21. Have you ever had numbness, had tingling, had weakness in your arms or legs, or been unable to move your arms or legs after being hit or falling? |     |    |
| 22. Have you ever become ill while exercising in the heat?  |     |    |
| 23. Do you or does someone in your family have sickle cell trait or disease?  |     |    |
| 24. Have you ever had or do you have any problems with your eyes or vision?   |     |    |

| MEDICAL QUESTIONS (CONTINUED)  | Yes | No |
|--|-----|----|
| 25. Do you worry about your weight?  |     |    |
| 26. Are you trying to or has anyone recommended that you gain or lose weight?        |     |    |
| 27. Are you on a special diet or do you avoid certain types of foods or food groups? |     |    |
| 28. Have you ever had an eating disorder?  |     |    |
| FEMALES ONLY   | Yes | No |
| 29. Have you ever had a menstrual period?  |     |    |
| 30. How old were you when you had your first menstrual period?                       |     |    |
| 31. When was your most recent menstrual period?                                      |     |    |
| 32. How many periods have you had in the past 12 months?                             |     |    |

Explain "Yes" answers here.

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

I hereby state that, to the best of my knowledge, my answers to the questions on this form are complete and correct.

Signature of athlete: \_\_\_\_\_

Signature of parent or guardian: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

© 2023 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine. Permission is granted to reprint for noncommercial, educational purposes with acknowledgment.



**Este formulario debe colocarse en el expediente médico del atleta y no debe compartirse con escuelas u organizaciones deportivas. El formulario de elegibilidad médica es el único formulario que debe enviarse a una escuela u organización deportiva.**

**Aviso legal: Los atletas que tengan una evaluación física de preparticipación vigente en el archivo (según los lineamientos generales estatales y locales) no necesitan completar otro formulario de antecedentes.**

■ **EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (orientación provisional)**

**FORMULARIO DE HISTORIAL CLÍNICO**

Nota: Complete y firme este formulario (con la supervisión de sus padres si es menor de 18 años) antes de acudir a su cita.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha del examen médico: \_\_\_\_\_ Deporte(s): \_\_\_\_\_

Sexo que se le asignó al nacer (F, M o intersexual): \_\_\_\_\_ ¿Con cuál género se identifica? (F, M u otro): \_\_\_\_\_

Mencione los padecimientos médicos pasados y actuales que haya tenido. \_\_\_\_\_

¿Alguna vez se le practicó una cirugía? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus cirugías previas. \_\_\_\_\_

Medicamentos y suplementos: Enumere todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y suplementos (herbolarios y nutricionales) que consume. \_\_\_\_\_

¿Sufre de algún tipo de alergia? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus alergias (por ejemplo, a algún medicamento, al polen, a los alimentos, a las picaduras de insectos). \_\_\_\_\_

**Cuestionario sobre la salud del paciente versión 4 (PHQ-4)**

*Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia experimentó alguno de los siguientes problemas de salud? (Encierre en un círculo la respuesta)*

|  | Ningún día | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
|--|------------|-------------|-----------------------------|---------------------|
| Se siente nervioso, ansioso o inquieto             | 0          | 1           | 2                           | 3                   |
| No es capaz de detener o controlar la preocupación | 0          | 1           | 2                           | 3                   |
| Siente poco interés o satisfacción por hacer cosas | 0          | 1           | 2                           | 3                   |
| Se siente triste, deprimido o desesperado          | 0          | 1           | 2                           | 3                   |

(Una suma >3 se considera positiva en cualquiera de las subescalas, [preguntas 1 y 2 o preguntas 3 y 4] a fin de obtener un diagnóstico).

| PREGUNTAS GENERALES   |    |    |
|---|----|----|
| (Dé una explicación para las preguntas en las que contestó "Sí", en la parte final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas si no sabe la respuesta). |    |    |
|   | Sí | No |
| 1. ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría discutir con su proveedor de servicios médicos?   |    |    |
| 2. ¿Alguna vez un proveedor de servicios médicos le prohibió o restringió practicar deportes por algún motivo?  |    |    |
| 3. ¿Padece algún problema médico o enfermedad reciente?   |    |    |
| PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR   |    |    |
|   | Sí | No |
| 4. ¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse mientras hacía, o después de hacer, ejercicio?   |    |    |

| PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR (CONTINUACIÓN)   |    |    |
|--|----|----|
|  | Sí | No |
| 5. ¿Alguna vez sintió molestias, dolor, compresión o presión en el pecho mientras hacía ejercicio?   |    |    |
| 6. ¿Alguna vez sintió que su corazón se aceleraba, palpitaba en su pecho o latía intermitentemente (con latidos irregulares) mientras hacía ejercicio? |    |    |
| 7. ¿Alguna vez un médico le dijo que tiene problemas cardíacos?  |    |    |
| 8. ¿Alguna vez un médico le pidió que se hiciera un examen del corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía.                      |    |    |
| 9. Cuando hace ejercicio, ¿se siente mareado o siente que le falta el aire más que a sus amigos?   |    |    |
| 10. ¿Alguna vez tuvo convulsiones?   |    |    |

| PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDIOVASCULAR DE SU FAMILIA   | Sí | No |
|---|----|----|
| 11. ¿Alguno de los miembros de su familia o pariente murió debido a problemas cardíacos o tuvo una muerte súbita e inesperada o inexplicable antes de los 35 años de edad (incluyendo muerte por ahogamiento o un accidente automovilístico inexplicables)?   |    |    |
| 12. ¿Alguno de los miembros de su familia padece un problema cardíaco genético como la miocardiopatía hipertrófica (HCM), el síndrome de Marfan, la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), el síndrome del QT largo (LQTS), el síndrome del QT corto (SQTS), el síndrome de Brugada o la taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)? |    |    |
| 13. ¿Alguno de los miembros de su familia utilizó un marcapasos o se le implantó un desfibrilador antes de los 35 años?   |    |    |
| PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES   | Sí | No |
| 14. ¿Alguna vez sufrió una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo faltar a una práctica o juego?   |    |    |
| 15. ¿Sufre alguna lesión ósea, muscular, de los ligamentos o de las articulaciones que le causa molestia?   |    |    |
| PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS   | Sí | No |
| 16. ¿Tose, sibila o experimenta alguna dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?   |    |    |
| 17. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (en el caso de los hombres), el bazo o cualquier otro órgano?  |    |    |
| 18. ¿Sufre dolor en la ingle o en los testículos, o tiene alguna protuberancia o hernia dolorosa en la zona inguinal?   |    |    |
| 19. ¿Padece erupciones cutáneas recurrentes o que aparecen y desaparecen, incluyendo el herpes o Staphylococcus aureus resistente a la metilina (MRSA)?   |    |    |

| PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS (CONTINUACIÓN)   | Sí | No |
|--|----|----|
| 20. ¿Alguna vez sufrió un traumatismo craneoencefálico o una lesión en la cabeza que le causó confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?               |    |    |
| 21. ¿Alguna vez sintió adormecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o piernas, o fue incapaz de mover los brazos o las piernas después de sufrir un golpe o una caída? |    |    |
| 22. ¿Alguna vez se enfermó al realizar ejercicio cuando hacía calor?   |    |    |
| 23. ¿Usted o algún miembro de su familia tiene el rasgo drepanocítico o padece una enfermedad drepanocítica?   |    |    |
| 24. ¿Alguna vez tuvo o tiene algún problema con sus ojos o su visión?  |    |    |
| 25. ¿Le preocupa su peso?  |    |    |
| 26. ¿Está tratando de bajar o subir de peso, o alguien le recomendó que baje o suba de peso?   |    |    |
| 27. ¿Sigue alguna dieta especial o evita ciertos tipos o grupos de alimentos?  |    |    |
| 28. ¿Alguna vez sufrió un desorden alimenticio?  |    |    |
| ÚNICAMENTE MUJERES   | Sí | No |
| 29. ¿Ha tenido al menos un periodo menstrual?  |    |    |
| 30. ¿A los cuántos años tuvo su primer periodo menstrual?  |    |    |
| 31. ¿Cuándo fue su periodo menstrual más reciente?   |    |    |
| 32. ¿Cuántos periodos menstruales ha tenido en los últimos 12 meses?   |    |    |

Proporcione una explicación aquí para las preguntas en las que contestó "Sí".

---



---



---



---



---



---



---

Por la presente declaro que, según mis conocimientos, mis respuestas a las preguntas de este formulario están completas y son correctas.

Firma del atleta: \_\_\_\_\_

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

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



This form should be placed into the athlete's medical file and should **NOT BE SHARED** with schools or sports organizations.

## ■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

### PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_

#### PHYSICIAN REMINDERS

- Consider additional questions on more-sensitive issues.
  - Do you feel stressed out or under a lot of pressure?
  - Do you ever feel sad, hopeless, depressed, or anxious?
  - Do you feel safe at your home or residence?
  - Have you ever tried cigarettes, e-cigarettes, chewing tobacco, snuff, or dip?
  - During the past 30 days, did you use chewing tobacco, snuff, or dip?
  - Do you drink alcohol or use any other drugs?
  - Have you ever taken anabolic steroids or used any other performance-enhancing supplement?
  - Have you ever taken any supplements to help you gain or lose weight or improve your performance?
  - Do you wear a seat belt, use a helmet, and use condoms?
- Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (Q4–Q13 of History Form).

| EXAMINATION   |         |  |
|---|---------|--|
| Height:   | Weight: |  |
| BP: / ( / )   | Pulse:  | Vision: R 20/ L 20/ Corrected: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N |
| MEDICAL   | NORMAL  | ABNORMAL FINDINGS  |
| Appearance <ul style="list-style-type: none"> <li>Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, hyperlaxity, myopia, mitral valve prolapse [MVP], and aortic insufficiency)</li> </ul> |         |  |
| Eyes, ears, nose, and throat <ul style="list-style-type: none"> <li>Pupils equal</li> <li>Hearing</li> </ul>  |         |  |
| Lymph nodes   |         |  |
| Heart <sup>a</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and ± Valsalva maneuver)</li> </ul>  |         |  |
| Lungs   |         |  |
| Abdomen   |         |  |
| Skin <ul style="list-style-type: none"> <li>Herpes simplex virus (HSV), lesions suggestive of methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), or tinea corporis</li> </ul>   |         |  |
| Neurological  |         |  |
| MUSCULOSKELETAL   | NORMAL  | ABNORMAL FINDINGS  |
| Neck  |         |  |
| Back  |         |  |
| Shoulder and arm  |         |  |
| Elbow and forearm   |         |  |
| Wrist, hand, and fingers  |         |  |
| Hip and thigh   |         |  |
| Knee  |         |  |
| Leg and ankle   |         |  |
| Foot and toes   |         |  |
| Functional <ul style="list-style-type: none"> <li>Double-leg squat test, single-leg squat test, and box drop or step drop test</li> </ul>   |         |  |

<sup>a</sup> Consider electrocardiography (ECG), echocardiography, referral to a cardiologist for abnormal cardiac history or examination findings, or a combination of those.

Name of health care professional (print or type): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Signature of health care professional: \_\_\_\_\_, MD, DO, NP, PA or DC

This form should be placed into the athlete's medical file and should **NOT BE SHARED** with schools or sports organizations.

■ **PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION**

**ATHLETES WITH DISABILITIES FORM: SUPPLEMENT TO THE ATHLETE HISTORY**

Name: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_

|   |     |    |
|---|-----|----|
| 1. Type of disability:  |     |    |
| 2. Date of disability:  |     |    |
| 3. Classification (if available):   |     |    |
| 4. Cause of disability (birth, disease, injury, or other):  |     |    |
| 5. List the sports you are playing:   |     |    |
|   | Yes | No |
| 6. Do you regularly use a brace, an assistive device, or a prosthetic device for daily activities?              |     |    |
| 7. Do you use any special brace or assistive device for sports?   |     |    |
| 8. Do you have any rashes, pressure sores, or other skin problems?  |     |    |
| 9. Do you have a hearing loss? Do you use a hearing aid?  |     |    |
| 10. Do you have a visual impairment?  |     |    |
| 11. Do you use any special devices for bowel or bladder function?   |     |    |
| 12. Do you have burning or discomfort when urinating?   |     |    |
| 13. Have you had autonomic dysreflexia?   |     |    |
| 14. Have you ever been diagnosed as having a heat-related (hyperthermia) or cold-related (hypothermia) illness? |     |    |
| 15. Do you have muscle spasticity?  |     |    |
| 16. Do you have frequent seizures that cannot be controlled by medication?                                      |     |    |

Explain "Yes" answers here.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Please indicate whether you have ever had any of the following conditions:

|  | Yes | No |
|--|-----|----|
| Atlantoaxial instability                                     |     |    |
| Radiographic (x-ray) evaluation for atlantoaxial instability |     |    |
| Dislocated joints (more than one)                            |     |    |
| Easy bleeding  |     |    |
| Enlarged spleen  |     |    |
| Hepatitis  |     |    |
| Osteopenia or osteoporosis                                   |     |    |
| Difficulty controlling bowel                                 |     |    |
| Difficulty controlling bladder                               |     |    |
| Numbness or tingling in arms or hands                        |     |    |
| Numbness or tingling in legs or feet                         |     |    |
| Weakness in arms or hands                                    |     |    |
| Weakness in legs or feet                                     |     |    |
| Recent change in coordination                                |     |    |
| Recent change in ability to walk                             |     |    |
| Spina bifida   |     |    |
| Latex allergy  |     |    |

Explain "Yes" answers here.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

I hereby state that, to the best of my knowledge, my answers to the questions on this form are complete and correct.

Signature of athlete: \_\_\_\_\_

Signature of parent or guardian: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



\*Upload

The Medical Eligibility Form is the only form that **should be submitted** to a school or sports organization.

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

MEDICAL ELIGIBILITY FORM

Name: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_ Date of exam: \_\_\_\_\_

- Medically eligible for all sports without restriction
- Medically eligible for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment of

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Medically eligible for certain sports

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Not medically eligible pending further evaluation
- Not medically eligible for any sports

Recommendations: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

I have examined the student named on this form and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not have apparent clinical contraindications to practice and can participate in the sport(s) as outlined on this form. A copy of the physical examination findings are on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the physician may rescind the medical eligibility until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents or guardians).

Name of health care professional (print or type): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

**SIGNATURE** of Health Care Professional: \_\_\_\_\_, MD, DO, NP, PA or DC

Health Care Professional License Number: \_\_\_\_\_

SHARED EMERGENCY INFORMATION

Allergies: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medications: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Other information: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Emergency contacts: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

