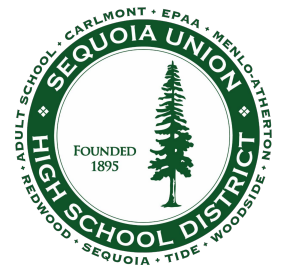


■ SEQUOIA UNION HIGH SCHOOL DISTRICT ATHLETICS
■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION



MEDICAL ELIGIBILITY FORM

Name: _____ Date of birth: _____

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 of Exam: _____

Address: _____ Phone: _____

Signature of health care professional: _____, MD, DO, NP, or PA

SHARED EMERGENCY INFORMATION

Allergies: _____

Medications: _____

Other information: _____

Emergency contacts: _____

■ **ATLETISMO DE SEQUOIA UNION HIGH SCHOOL DISTRICT**
■ **EVALUACIÓN FÍSICA DE PREPARTICIPACIÓN**



FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

- Medicamento elegible para todos los deportes sin restricciones
- Medicamento elegible para todos los deportes sin restricción, con recomendaciones para una evaluación o tratamiento adicional de

- Medicamento elegible para ciertos deportes

- No es medicamento elegible pendiente de una evaluación adicional

- No es medicamento elegible para ningún deporte

Recomendaciones: _____

He examinado al estudiante nombrado en este formulario y he completado la evaluación física de preparticipación. El atleta no tiene contraindicaciones clínicas aparentes para practicar y puede participar en los deportes como se describe en este formulario. Una copia de los resultados del examen físico está registrada en mi oficina y se puede poner a disposición de la escuela a petición de los padres. Si surgen condiciones después de que el atleta haya sido autorizado para participar, el médico puede rescindir la elegibilidad médica hasta que se resuelva el problema y se expliquen completamente las posibles consecuencias al atleta (y a los padres o tutores).

Nombre del profesional de la salud (imprenta o teclado): _____ Fecha del examen: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Firma del profesional de la salud: _____, MD, DO, NP, o PA

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA COMPARTIDA

Alergias: _____

Medicamentos: _____

Otra información: _____

Contactos de emergencia: _____
