

# ■ Pre-Participation Physical Evaluation

## HISTORY FORM

Date of Exam: \_\_\_\_\_

(Note: This form is to be filled out by the patient and parent prior to seeing the physician. The physician should keep this form in the chart.)

(Nota: este formulario debe ser llenado por el paciente y los padres antes de ver al médico. El médico debe mantener este formulario en la tabla).

Name: \_\_\_\_\_  
Nombre

Date of Birth: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

Sex: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ School: Siloam Springs  
Sexo años Grado escuela

Sport: \_\_\_\_\_  
deporte

### Medicines and Allergies:

Please list all of the prescription and over-the-counter medicines and supplements (herbal and nutritional) that you are currently taking  
Indique todos los medicamentos y suplementos (herbales y nutricionales) con y sin receta médica que esté tomando actualmente.

Do you have any allergies? <i>¿Tienes alguna alergia?</i>	<input type="checkbox"/> Yes Sí	<input type="checkbox"/> No No	If yes, please identify specific allergy below. <i>En caso afirmativo, identifique la alergia específica a continuación.</i>		
Medicines <i>Medicinas</i>	<input type="text"/>	Pollens <i>Pólenes</i>	<input type="text"/>	Food <i>Comida</i>	<input type="text"/>
				Insects <i>Insectos</i>	<input type="text"/>

### Explain "Yes" answers at the end of the 2nd page. Circle questions you don't know the answers to

(Explique las respuestas "Sí" al final de la segunda página. Haga un círculo en las preguntas que no sabe las respuestas a)

General Questions (Preguntas Generales)		Yes (Si)	No
1	Has a doctor ever denied or restricted your participation in sports for any reason? <i>(¿Un médico ha negado o prohibido su participación en deportes por cualquier razón?)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Do you have any ongoing medical conditions? If yes, identify: Asthma, Anemia, Diabetes, Infections <i>¿Tiene alguna condición médica continua? Si así es, identifique: Asma, Anemia, Diabetes, Infecciones?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Other (otro): <input type="text"/>		
3	Have you ever spent the night in the hospital? <i>(¿Ha pasado una noche en el hospital?)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Have you ever had surgery? <i>(¿Ha tenido cirugía?)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heart Health Questions (Preguntas de Salud del Corazon)		Yes (Si)	No
5	Have you ever passed out or nearly passed out during or after exercise? <i>¿Alguna vez se ha o casi desmayado durante o despues de hacer ejercicio?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Have you ever had discomfort, pain, tightness, or pressure in your chest during exercise? <i>(¿Ha tenido incomodidad, dolor, tirantes, o presión en su pecho durante hacer ejercicio?)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Does your heart ever race or skip beats (irregular beats) during exercise? <i>¿Su corazón alguna vez late rápido o salta un paso (late irregulares) durante ejercicio?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Has a doctor ever told you that you have any heart problems? If so, check all that apply: <i>¿Un doctor alguna vez le dijo que tiene problemas del corazón? Si así es, verifique todo lo que aplica:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> High Blood Pressure (Presión Alta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> High Cholesterol (Colesterol Alto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Heart Murmur (Murmulo de corazón)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Heart Infection (Una infección del corazón)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Kawasaki disease (Enfermedad Kawasaki)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Other (Otro): <input type="text"/>		
9	Has a doctor ever ordered a test for your heart? (For example, ECG/EKG, echocardiogram) <i>¿Un médico ha ordenado un examen d su corazón? (Por ejemplo, un ECG/EKG, ecocardiograma)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Do you get lightheaded or feel more short of breath than expected during exercise? <i>¿Se mareo o le falta mas respiración durante el ejercicio?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Have you ever had an unexplained seizure? <i>(¿Ha tenido un ataque inexplicado?)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Do you get more tired or short of breath more quickly than your friends during exercise? <i>¿Se cansa más o se le va la respiración más rápido que ha sus amigos durante ejercicio?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heart Health Questions About Your Family (Preguntas de Corozon Y Salud Sobre Su Familia)		Yes (Si)	No
13	Has any family member or relative died of heart problems or had an unexpected or unexplained sudden death before age 50 (including drowning, unexplained car accident, or sudden infant death syndrome)? <i>(¿Se ha muerto un miembro de su familia o relación por problemas de corazón o sufrido inesperado o inexplicada muerte antes de los 50 años, (incluyendo ahogar, accidente de carro inexplicado, o muerte infantil repentina)?)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Does anyone in your family have hypertrophic cardiomyopathy, Marfan syndrome, arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy, long QT syndrome, short QT syndrome, Brugada syndrome, or catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia? <i>¿Alguien en su familia sufre de hipertrófico cardiomiopatía, Síndrome Marfan, arritmogenico, miocardiopatía ventricular derecha, Síndrome QT largo, síndrome QT corto, síndrome Brugada, o polimórfico catecolaminergico, taquicardia ventricular?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Does anyone in your family have a heart problem, pacemaker, or implanted defibrillator? <i>¿Alguien de la familia tiene problema de corazón, marcapasos, o desfibrilador implantado?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Has anyone in your family had unexplained fainting, unexplained seizures, or near drowning? <i>¿Alguien en la familia ha tenido desmayo inexplicable, ataques inexplicables, o casi se ahoga?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bone and Joint Questions (Preguntas de Huesos y Articulationes)		Yes (Si)	No
17	Have you ever had an injury to a bone, muscle, ligament, or tendon that caused you to miss a practice or a game? <i>¿Ha tenido herida de un hueso, musculo, ligamento, o tendón que causo una falta de practica o juego?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Have you ever had any broken or fractured bones or dislocated joints? <i>¿Ha tenido fracturas o huesos rotos o coyunturas dislocadas?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Have you ever had an injury that required x-rays, MRI, CT scan, injections, therapy, a brace, a cast, or crutches? <i>¿Ha tenido herida requiriendo rayos-X, MRI, escaneo CT, inyecciones, terapia, o aparato ortopédico, yeso, o muletas?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20	Have you ever had a stress fracture?	¿Ha tenido una fractura de estrés?		
21	Have you ever been told that you have or have you had an x-ray for neck instability or atlantoaxial instability (Down syndrome or dwarfism)? (¿Le han dicho que tiene o ha tenido rayos-x por inestabilidad de la nuca o atlantoaxial (Síndrome Down o enanismo))?			
22	Do you regularly use a brace, orthotics, or other assistive device?	¿Regularmente usa aparato ortopédico u otro aparato?		
23	Do you have a bone, muscle, or joint injury that bothers you?	¿Tiene herida de hueso, músculo, o coyuntura que le molesta?		
24	Do any of your joints become painful, swollen, feel warm, or look red?	¿Alguna coyuntura le duele se hincha, se siente tibia se ve roja?		
25	Do you have any history of juvenile arthritis or connective tissue disease?	¿Tiene historia de artritis juvenil o enfermedad de tejidos conectables?		
<b>Medical Questions (Preguntas Medicas)</b>			<b>Yes (Si)</b>	<b>No</b>
26	Do you cough, wheeze, or have difficulty breathing during or after exercise? ¿Tose respira ruidoso o con dificultad de respirar durante o después de ejercicio?			
27	Have you ever used an inhaler or taken asthma medicine? ¿Ha usado inhalante o tomado medicina para asma?			
28	Is there anyone in your family who has asthma? ¿Hay alguien de su familia que sufre de asma?			
29	Were you born without or are you missing a kidney, an eye, a testicle (males), your spleen, or any other organ? ¿Nació sin un riñón o le falta un riñón o un ojo o un testículo (hombres), su bazo, u otro órgano?			
30	Do you have groin pain or a painful bulge or hernia in the groin area? ¿Tiene dolor en la ingle o un hinchado o hernia en el área de la ingle?			
31	Have you had infectious mononucleosis (mono) within the last month? ¿Ha tenido infección de mononucleosis (mono) dentro del último mes?			
32	Do you have any rashes, pressure sores, or other skin problems? ¿Tiene alguna erupción, llagas don presión u otro problema de la piel?			
33	Have you had a herpes or MRSA skin infection? ¿Ha tenido herpes o infección de piel MRSA?			
34	Have you ever had a head injury or concussion? ¿Ha sufrido de una contusión herida a la cabeza?			
35	Have you ever had a hit or blow to the head that caused confusion, prolonged headache, or memory problems? ¿Ha sufrido de una golpeada o pegada a la cabeza causando confusión, dolor de cabeza prolongado, o problemas de memoria?			
36	Do you have a history of seizure disorder? ¿Tiene historial de trastorno convulsivo?			
37	Do you have headaches with exercise? ¿Sufre de dolor de cabeza con el ejercicio?			
38	Have you ever had numbness, tingling, or weakness in your arms or legs after being hit or falling? ¿Ha tenido entumecimiento, estremecimiento o debilidad en sus brazos o piernas después de que le peguen o se cae?			
39	Have you ever been unable to move your arms or legs after being hit or falling? ¿Ha quedado incapaz de mover los brazos o piernas después de que le peguen o haya caído?			
40	Have you ever become ill while exercising in the heat? ¿Ha caído enfermo después de hacer ejercicio en el calor?			
41	Do you get frequent muscle cramps when exercising? ¿Ud. o alguien en su familia tiene rasgos de célula falciforme o enfermedad?			
42	Do you or someone in your family have sickle cell trait or disease? ¿Ud. o alguien en su familia tiene rasgos de célula falciforme o enfermedad?			
43	Have you had any problems with your eyes or vision? ¿Ha tenido algún problema con sus ojos o visión?			
44	Have you had any eye injuries? ¿Ha sufrido de alguna herida en los ojos?			
45	Do you wear glasses or contact lenses? ¿Usa lentes o lentes de contacto?			
46	Do you wear protective eyewear, such as goggles or a face shield? ¿Usa gafas protectoras como o mascara de cara?			
47	Do you worry about your weight? ¿Se preocupa de su peso?			
48	Are you trying to or has anyone recommended that you gain or lose weight? ¿Está tratando o alguien ha recomendado que suba o baje de peso?			
49	Are you on a special diet or do you avoid certain types of foods? ¿Está en dieta especial o evita ciertos tipos de alimentos?			
50	Have you ever had an eating disorder? ¿Ha sufrido de un desorden alimenticio?			
51	Do you have any concerns that you would like to discuss with a doctor? ¿Tiene alguna inquietud sobre la que gustaría hablar con el medico?			
<b>Females Only (Solo Mujeres)</b>			<b>Yes (Si)</b>	<b>No</b>
52	Have you ever had a menstrual period? ¿Ha tenido periodo menstrual?			
53	How old were you when you had your first menstrual period? ¿Cuantos años tenía cuando tuvo el primer periodo menstrual?			
54	How many periods have you had in the last 12 months? ¿Cuantos periodos ha tenido en los últimos 12 meses?			

**Explain "Yes" answers here:** *Explique respuestas de "yes":*

---



---



---



---



---



---

I hereby state that, to the best of my knowledge, my answers to the above questions are complete and correct.  
(Aquí dentro declaro a lo mejor de mi conocimiento, que mis respuestas a las preguntas superiores están completas y correctas).

Signature of athlete (Firma del atleta)

Signature of parent/guardian (Firma del padre/tutor)

Date (Fecha)

# ■ Pre-Participation Physical Evaluation (Evaluación Física Pre-Participación)

## PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name (Nombre) \_\_\_\_\_

Birthdate (Fecha de Nacimiento): \_\_\_\_\_

### PHYSICIAN REMINDERS (RECORDATORIOS FISICOS)

**1. 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, 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 supplement?
- Have you ever taken any supplements to help you gain or lose weight or improve performance?
- Do you wear a seat belt, use a helmet, and use condoms?

*Considere preguntas adicionales en asuntos más sensitivos*

- ¿Siente estrés bajo mucha presión?*
- ¿Siente tristeza, falta de esperanza, depresión o ansiedad?*
- ¿Se siente seguro en su hogar o residencia?*
- ¿Ha tratado de fumar, mascar tabaco, tabaco en polvo, o tabaco seco en la boca?*
- ¿Durante los últimos 30 días, uso tabaco de mascado tabaco, tabaco en polvo, o tabaco seco?*
- ¿Toma alcohol o usa otras drogas?*
- ¿Algún momento ha tomado esteroides anabólicos o usado otros suplementos de rendimiento?*
- ¿Ha tomado suplementos para ayudar a subir o bajar de peso o mejorar rendimiento?*
- ¿Usa el cinturón de seguridad, usa casco, usa condones?*

**2. Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (questions 5–14).**

*Considere repasar las preguntas de (preguntas 5-14) sobre síntomas cardiacos.*

EXAMINATION (Examinación)										
Height (Altura): _____	Weight (Peso): _____	<input type="checkbox"/>	Male (hombre)	<input type="checkbox"/>	Female (mujer)					
BP (Presión de Sangre): _____ / _____	Pulse (Pulso): _____	Vision (Visión): R 20 / _____	L 20 / _____	Corrected (Corregida)	Y	N				
MEDICAL (Médico)							Normal	Abnormal Findings (Encuentros Anormales)		
<b>Appearance (Apariencia)</b> • Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, arm span > height, hyperlaxity, myopia, MVP, aortic insufficiency) (Marfan estigmas (cifoscoliosis, paladar de alto arqueado, pectas excávate, arañodactilia, Lazo de brazo > altura, hiperlaxitud, miopía, MVP, aortica insuficiencia)										
<b>Eyes/ears/nose/throat (Ojos/oidos/nariz/garganta)</b> • Pupils equal (Pupilas iguales) • Hearing (Audición)										
<b>Lymph nodes (Ganglios linfáticos)</b> Heart <sup>a</sup> (Corazón) <sup>a</sup> • Murmurs (auscultation standing, supine, +/- Valsalva) (Murmullo (auscultación parado, acostado, +/- Valsalva) • Location of point of maximal impulse (PMI) (Lugar de punto del impulso maximal (PMI))										
<b>Pulses (Pulsos)</b> • Simultaneous femoral and radial pulses (Pulsos femoral y radial simultáneos)										
<b>Lungs (Pulmones)</b>										
<b>Abdomen</b>										
Genitourinary (males only) (solo hombres) <sup>b</sup>										
<b>Skin (Piel)</b> • HSV, lesions suggestive of MRSA, tinea corporis (HSV, lesiones sugerencia de MRSA, tinea corporis)										
<b>Neurologic (Neurológico)</b>										
MUSCULOSKELETAL (Musculoesqueletico)										
<b>Neck (Nuca)</b>										
<b>Back (Espalda)</b>										
<b>Shoulder/arm (Hombro/brazo)</b>										
<b>Elbow/forearm (Codo/antebrazo)</b>										
<b>Wrist/hand/fingers (Muñeca/mano/dedos)</b>										
<b>Hip/thigh (Cadera/muslo)</b>										
<b>knee (Rodilla)</b>										
<b>Leg/ankle (Pierna/tobillo)</b>										
<b>Foot/toes (Pie/dedos)</b>										
<b>Functional (Funcional)</b> • Duck-walk, single leg hop (Camino de pato, salto con una pierna)										

- <sup>a</sup> Consider ECG, echocardiogram, and referral to cardiology for abnormal cardiac history or exam.
- <sup>b</sup> Consider GU exam if in private setting. Having third party present is recommended
- <sup>c</sup> Consider cognitive evaluation or baseline neuropsychiatric testing if a history of significant concussion.

Cleared for all sports without restriction (Autorizado para todo deporte sin restricción)

Cleared for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment for: \_\_\_\_\_

*(Autorizado para todo deporte sin restricción con recomendaciones para más evaluaciones o tratamiento para r)*

Not Cleared (No autorizado):

Pending further evaluation (En espera de más evaluaciones)

For any sports (Para cualquier deporte)

For certain sports (para ciertos deportes): \_\_\_\_\_

Reason (Razón): \_\_\_\_\_

Recommendations (Recomendaciones) \_\_\_\_\_

I have examined the above-named student and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not present apparent clinical contraindications to practice and participate in the sport(s) as outlined above. A copy of the physical exam is 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 clearance until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents/guardians).

*He examinado el estudiante nombrado arriba y llene la evaluación de pre participación física. El atleta no parece tener contradicciones clinicas para practicar y participar en deportes tal delineados arriba. Una copia del examen fisico esta archivado en mi oficina y puede estar disponible a la escuela al pedir los padres. Si se da una condición después de que el atleta se haya autorizado para participar, el medico podrá rescindir la autorización hasta que el problema se resuelva y las consecuencias posibles se expliquen completamente al atleta (y padres/tutores).*

Physician Name (Print/type) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

(Nombre de medio (letra de molde/a máquina)) (Fecha):

Address (Dirección) \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Signature of Physician \_\_\_\_\_, MD or DO

(Firma de Medico)