



PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION (Page 4 of 4)

SUBMIT THIS MEDICAL ELIGIBILITY FORM TO THE SCHOOL

This form is valid for 365 calendar days from the date signed below.

4

Revised 4/24

MEDICAL ELIGIBILITY FORM

Student Information (to be completed by student and parent) *print legibly*

Student's Full Name: _____ Gender: _____ Age: _____ Date of Birth: ____/____/____
School: _____ Grade in School: _____ Sport(s): _____
Home Address: _____ City/State: _____ Home Phone: (____) _____
Name of Parent/Guardian: _____ E-mail: _____
Person to Contact in Case of Emergency: _____ Relationship to Student: _____
Emergency Contact Cell Phone: (____) _____ Work Phone: (____) _____ Other Phone: (____) _____
Family Healthcare Provider: _____ City/State: _____ Office Phone: (____) _____

- ☐ Medically eligible for all sports without restriction
☐ Medically eligible for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment of: *(use additional sheet, if necessary)*

☐ Medically eligible for only certain sports as listed below:

☐ Not medically eligible for any sports

Recommendations: *(use additional sheet, if necessary)*

I hereby certify that I have examined the above-named student-athlete using the CHSAA Preparticipation Physical Evaluation and have provided the conclusion(s) listed above. A copy of the exam has been retained and can be accessed by the parent as requested. Any injury or other medical conditions that arise after the date of this medical clearance should be properly evaluated, diagnosed, and treated by an appropriate healthcare professional prior to participation in activities.

Name of Healthcare Professional (print or type): _____ Date of Exam: ____/____/____
Address: _____ Phone: (____) _____
Signature of Healthcare Professional: _____ Credentials: _____ License #: _____

SHARED EMERGENCY INFORMATION - completed at the time of assessment by practitioner and parent

☐ Check this box if there is no relevant medical history to share related to participation in competitive sports.

Provider Stamp *(if required by school)*

Medications: *(use additional sheet, if necessary)*

List: _____

Relevant medical history to be reviewed by athletic trainer/team physician: *(explain below, use additional sheet, if necessary)*

☐ Allergies ☐ Asthma ☐ Cardiac/Heart ☐ Concussion ☐ Diabetes ☐ Heat Illness ☐ Orthopedic ☐ Surgical History ☐ Sickle Cell Trait ☐ Mental Health

Explain: _____

Signature of Student: _____ Date: ____/____/____ Signature of Parent/Guardian: _____ Date: ____/____/____

We hereby state, to the best of our knowledge the information recorded on this form is complete and correct.

This form is not considered valid unless all sections are complete.



EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (Página 1 de 1)

ENVÍE ESTE FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD MÉDICA A LA ESCUELA

4

El documento tiene una validez de 365 días a partir de la fecha de firma que se indica a continuación.

Revisado 4/24

FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

Información del estudiante (debe ser completada por el estudiante y los padres) *impresa de manera legible*

Nombre completo del estudiante: _____ Género : _____ Edad: _____
Fecha de nacimiento: ____/____/____ Escuela: _____ Grado en la escuela: _____ Deporte(s): _____
Domicilio: _____ Ciudad/Estado: _____ Teléfono de casa: (____) _____
Nombre del Padre/Tutor: _____ Correo electrónico: _____
Persona de contacto en caso de emergencia: _____ Relación con el estudiante: _____
Teléfono celular de contacto de emergencia: (____) _____ Teléfono del trabajo: (____) _____ Otro teléfono: (____) _____
Proveedor de atención médica familiar: _____ Ciudad/Estado: _____ Teléfono de la oficina: (____) _____

- ☐ 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: *(use una hoja adicional, si es necesario)*
- ☐ Medicamento elegible solo para ciertos deportes como se enumeran a continuación:

☐ No es medicamento elegible para ningún deporte

Recomendaciones: *(utilizar hoja adicional, si es necesario)*

Por la presente certifico que he examinado al estudiante-atleta mencionado anteriormente utilizando la Evaluación Física de Preparticipación de CHSAA y he proporcionado la(s) conclusión(es) enumerada(s) anteriormente. Se ha conservado una copia del examen y los padres pueden acceder a él si lo solicitan. Cualquier lesión u otra afección médica que surja después de la fecha de esta autorización médica debe ser evaluada, diagnosticada y tratada adecuadamente por un profesional de la salud adecuado antes de participar en las actividades.

Nombre del profesional de la salud (en letra de imprenta o mecanografiado): _____ Fecha del examen: / / _____

Dirección: _____ Teléfono: () _____

Firma del Profesional de la Salud: _____ Credenciales: _____ Licencia #: _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA COMPARTIDA: completada en el momento de la evaluación por el profesional y los padres.

- ☐ Marque esta casilla si no hay un historial médico relevante para compartir relacionado con participación en deportes competitivos.

Sello del proveedor *(si la escuela lo requiere)*

Medicamentos: *(use una hoja adicional, si es necesario)*

Lista: _____

Historial médico relevante que debe ser revisado por el entrenador atlético / médico del equipo: *(explique a continuación, use una hoja adicional, si es necesario)*

- ☐ Alergias ☐ Asma ☐ Conmoción cerebral ☐ cardíaca/cardíaca ☐ Diabetes ☐ Enfermedad por calor ☐ Antecedentes quirúrgicos ☐ ortopédicos
- ☐ Rasgo de células falciformes ☐ Salud mental

Explicar: _____

Firma del alumno: _____ Fecha: ____/____/____ Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: ____/____/____

Por la presente declaramos, a nuestro leal saber y entender, que la información registrada en este formulario es completa y correcta.

Este formulario no se considera válido a menos que todas las secciones estén completas.