

# PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION HISTORY FORM

(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.)

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

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

Sex \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_ School \_\_\_\_\_ Sport(s) \_\_\_\_\_

**Medicines and Allergies:** Please list all of the prescription and over-the-counter medicines and supplements (herbal and nutritional) that you are currently taking

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Do you have any allergies?  Yes  No If yes, please identify specific allergy below.

Medicines  Pollens  Food  Stinging Insects

Explain "Yes" answers below. Circle questions you don't know the answers to.

GENERAL QUESTIONS	Yes	No
1. Has a doctor ever denied or restricted your participation in sports for any reason?		
2. Do you have any ongoing medical conditions? If so, please identify below: <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infections Other: _____		
3. Have you ever spent the night in the hospital?		
4. Have you ever had surgery?		
HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT YOU	Yes	No
5. Have you ever passed out or nearly passed out DURING or AFTER exercise?		
6. Have you ever had discomfort, pain, tightness, or pressure in your chest during exercise?		
7. Does your heart ever race or skip beats (irregular beats) during exercise?		
8. Has a doctor ever told you that you have any heart problems? If so, check all that apply: <input type="checkbox"/> High blood pressure <input type="checkbox"/> A heart murmur <input type="checkbox"/> High cholesterol <input type="checkbox"/> A heart infection <input type="checkbox"/> Kawasaki disease Other: _____		
9. Has a doctor ever ordered a test for your heart? (For example, ECG/EKG, echocardiogram)		
10. Do you get lightheaded or feel more short of breath than expected during exercise?		
11. Have you ever had an unexplained seizure?		
12. Do you get more tired or short of breath more quickly than your friends during exercise?		
HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT YOUR FAMILY	Yes	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)?		
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?		
15. Does anyone in your family have a heart problem, pacemaker, or implanted defibrillator?		
16. Has anyone in your family had unexplained fainting, unexplained seizures, or near drowning?		
BONE AND JOINT QUESTIONS	Yes	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?		
18. Have you ever had any broken or fractured bones or dislocated joints?		
19. Have you ever had an injury that required x-rays, MRI, CT scan, injections, therapy, a brace, a cast, or crutches?		
20. Have you ever had a stress fracture?		
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)		
22. Do you regularly use a brace, orthotics, or other assistive device?		
23. Do you have a bone, muscle, or joint injury that bothers you?		
24. Do any of your joints become painful, swollen, feel warm, or look red?		
25. Do you have any history of juvenile arthritis or connective tissue disease?		

MEDICAL QUESTIONS	Yes	No
26. Do you cough, wheeze, or have difficulty breathing during or after exercise?		
27. Have you ever used an inhaler or taken asthma medicine?		
28. Is there anyone in your family who has asthma?		
29. Were you born without or are you missing a kidney, an eye, a testicle (males), your spleen, or any other organ?		
30. Do you have groin pain or a painful bulge or hernia in the groin area?		
31. Have you had infectious mononucleosis (mono) within the last month?		
32. Do you have any rashes, pressure sores, or other skin problems?		
33. Have you had a herpes or MRSA skin infection?		
34. Have you ever had a head injury or concussion?		
35. Have you ever had a hit or blow to the head that caused confusion, prolonged headache, or memory problems?		
36. Do you have a history of seizure disorder?		
37. Do you have headaches with exercise?		
38. Have you ever had numbness, tingling, or weakness in your arms or legs after being hit or falling?		
39. Have you ever been unable to move your arms or legs after being hit or falling?		
40. Have you ever become ill while exercising in the heat?		
41. Do you get frequent muscle cramps when exercising?		
42. Do you or someone in your family have sickle cell trait or disease?		
43. Have you had any problems with your eyes or vision?		
44. Have you had any eye injuries?		
45. Do you wear glasses or contact lenses?		
46. Do you wear protective eyewear, such as goggles or a face shield?		
47. Do you worry about your weight?		
48. Are you trying to or has anyone recommended that you gain or lose weight?		
49. Are you on a special diet or do you avoid certain types of foods?		
50. Have you ever had an eating disorder?		
51. Do you have any concerns that you would like to discuss with a doctor?		
FEMALES ONLY		
52. Have you ever had a menstrual period?		
53. How old were you when you had your first menstrual period?		
54. How many periods have you had in the last 12 months?		

Explain "yes" answers here

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Signature of athlete \_\_\_\_\_ Signature of parent/guardian \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

# 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, 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 your performance?
  - Do you wear a seat belt, use a helmet, and use condoms?
- Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (questions 5–14).

EXAMINATION		
Height _____	Weight _____	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
BP _____ / _____ ( _____ / _____ )	Pulse _____	Vision R 20/ _____ L 20/ _____ Corrected <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance • Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, arm span > height, hyperlaxity, myopia, MVP, aortic insufficiency)		
Eyes/ears/nose/throat • Pupils equal • Hearing		
Lymph nodes		
Heart <sup>a</sup> • Murmurs (auscultation standing, supine, +/- Valsalva) • Location of point of maximal impulse (PMI)		
Pulses • Simultaneous femoral and radial pulses		
Lungs		
Abdomen		
Genitourinary (males only) <sup>b</sup>		
Skin • HSV, lesions suggestive of MRSA, tinea corporis		
Neurologic <sup>c</sup>		
MUSCULOSKELETAL		
Neck		
Back		
Shoulder/arm		
Elbow/forearm		
Wrist/hand/fingers		
Hip/thigh		
Knee		
Leg/ankle		
Foot/toes		
Functional • Duck-walk, single leg hop		

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

- Not cleared
- Pending further evaluation
- For any sports
- For certain sports \_\_\_\_\_
- Reason \_\_\_\_\_

Recommendations \_\_\_\_\_

**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).**

Name of physician (print/type) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

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

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

# EVALUACIÓN FÍSICA – PRE-PARTICIPACIÓN

## FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO

(Nota: Este formulario debe ser rellenado por el paciente y padre/madre antes de ver al doctor. El doctor debe mantener este formulario en el expediente)

Fecha del examen \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Género \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Deporte(s) \_\_\_\_\_

**Medicamentos y Alergias:** Por favor, indica todos los medicamentos con y sin receta médica y suplementos (herbales y nutricionales) que estás tomando actualmente

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

Tienes alergias \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No Si la respuesta es sí, por favor identifica abajo la alergia específica.  
\_\_\_\_\_ Medicamentos \_\_\_\_\_ Polen \_\_\_\_\_ Comida \_\_\_\_\_ Picaduras de insect

**Explica abajo las preguntas respondidas con un "sí". Coloca en un círculo las preguntas cuya respuesta desconoces.**

### PREGUNTAS GENERALES

1. ¿Ha rehusado o limitado alguna vez un doctor tu participación en deportes por alguna razón? Sí No  
médica? Si es así, por favor identifícala abajo:  
2. ¿Tienes actualmente alguna condición médica? Si es así, por favor identifícala abajo:  
\_\_\_\_\_ Asma \_\_\_\_\_ Anemia \_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_ Infecciones

Otro: \_\_\_\_\_

3. ¿Has pasado alguna vez la noche en el hospital?  
4. ¿Has tenido cirugía alguna vez?

### PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DE TU CORAZÓN

5. ¿Te has desmayado alguna vez o casi te has desmayado DURANTE o DESPUÉS de hacer ejercicio? Sí No  
6. ¿Has tenido alguna vez molestia, dolor, opresión, o presión en el pecho cuando haces ejercicio?  
7. ¿Se acelera alguna vez tu corazón o se salta latidos (latidos irregulares) cuando haces ejercicio?  
8. ¿Te ha dicho alguna vez un doctor que tienes un problema de corazón? Si es así, marca el que sea pertinente  
\_\_\_\_\_ Presión alta \_\_\_\_\_ Un soplo en el corazón  
\_\_\_\_\_ Nivel alto de colesterol \_\_\_\_\_ Una infección en el corazón  
\_\_\_\_\_ Enfermedad de Kawasaki \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_  
9. ¿Ha ordenado alguna vez un doctor una prueba de tu corazón? (Por ejemplo, ECG/EKG, ecocardiograma)  
10. ¿Te sientes mareado o te falta el aire más de lo esperado cuando haces ejercicio?  
11. ¿Has tenido alguna vez una convulsión inexplicable?  
12. ¿Te cansas más o te falta el aire con más rapidez que a tus amigos cuando haces ejercicio?

### PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN DE TU FAMILIA

13. ¿Has tenido algún familiar que ha fallecido a causa de problemas de corazón o que haya fallecido de forma inexplicable o inesperada antes de la edad de 50 años (incluyendo ahogo, accidente de tráfico inesperado, o síndrome de muerte súbita infantil)?  
14. ¿Tiene alguien en tu familia cardiomiopatía hipertrófica, síndrome Marfan, cardiomiopatía arritmogénica ventricular derecha, síndrome de QT corto, síndrome de Brugada, o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?  
15. ¿Tiene alguien en su familia problemas de corazón, marcapasos, o desfibrilador implantado?  
16. ¿Ha sufrido alguien en tu familia un desmayo inexplicable, convulsiones inexplicables, o casi se ha ahogado?

### PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES

17. ¿Alguna vez has perdido un entrenamiento o partido porque te habías lesionado un hueso, músculo, ligamento o tendón? Sí No  
18. ¿Te has roto o fracturado alguna vez un hueso o dislocado una articulación?  
19. ¿Has sufrido alguna vez una lesión que haya requerido radiografías, IRM, escán de TC, inyecciones, terapia, un soporte ortopédico/tablilla, un yeso, o muletas?  
20. ¿Has sufrido alguna vez una fractura por estrés?  
21. ¿Te han dicho alguna vez que tienes o has tenido una radiografía para inestabilidad del cuello o inestabilidad atlantoaxial? (Síndrome de Down o enanismo)  
22. ¿Usas regularmente una tablilla/soporte ortopédico, ortesis, u otro dispositivo de asistencia?  
23. ¿Tienes una lesión en un hueso, músculo o articulación que te esté molestando?  
24. ¿Algunas de tus articulaciones se vuelven dolorosas, inflamadas, se sienten calientes, o se ven enrojecidas?

25. ¿Tienes historial de artritis juvenil o enfermedad del tejido conectivo?

**PREGUNTAS MÉDICAS**

**Sí No**

- 26. ¿Toses, tienes sibilancias o dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?
- 27. ¿Has usado alguna vez un inhalador o has tomado medicamento para el asma?
- 28. ¿Hay alguien en tu familia que tenga asma?
- 29. ¿Naciste sin o te falta un riñón, un ojo, un testículo (varones), tu bazo, o algún otro órgano?
- 30. ¿Tienes dolor en la ingle o una protuberancia o hernia dolorosa en el área de la ingle?
- 31. ¿Has tenido mononucleosis (mono) infecciosa en el último mes?
- 32. ¿Tienes algún sarpullido, llagas de presión, u otros problemas en la piel?
- 33. ¿Has tenido herpes o infección de SARM en la piel?
- 34. ¿Has sufrido alguna vez una lesión o contusión en la cabeza?
- 35. ¿Has sufrido alguna vez un golpe en la cabeza que te haya producido una confusión, dolor de cabeza prolongado, o problemas de memoria?
- 36. ¿Tienes un historial de un trastorno de convulsiones?
- 37. ¿Tienes dolores de cabeza cuando haces ejercicio?
- 38. ¿Has tenido entumecimiento, hormigueo, o debilidad en los brazos o piernas después de haber sufrido un golpe o haberte caído?
- 39. ¿Has sido alguna vez incapaz de mover los brazos o las piernas después de haber sufrido un golpe o haberte caído?
- 40. ¿Te has enfermado alguna vez al hacer ejercicio cuando hace calor?
- 41. ¿Tienes calambres frecuentes en los músculos cuando haces ejercicio?
- 42. ¿Tienes tú o alguien en tu familia el rasgo depreanocítico o la enfermedad drepanocítica?
- 43. ¿Has tenido algún problema con los ojos o la vista?
- 44. ¿Has sufrido alguna lesión o daño en los ojos?
- 45. ¿Usas lentes o lentes de contacto?
- 46. ¿Usas protección para los ojos, tal como lentes protectoras o un escudo facial?
- 47. ¿Te preocupa tu peso?
- 48. ¿Estás intentando aumentar o perder de peso o alguien te ha recomendado que lo hagas?
- 49. ¿Estás en una dieta especial o evitas ciertos tipos de comidas?
- 50. ¿Has tenido alguna vez un trastorno alimenticio?
- 51. ¿Tienes alguna preocupación de la que quieras hablar con el doctor?

**SÓLO PARA MUJERES**

- 52. ¿Has tenido alguna vez un período menstrual?
- 53. ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primer período menstrual?
- 54. ¿Cuántos períodos has tenido en los últimos 12 meses?

**Explica aquí las preguntas a las que respondiste con un "sí"**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Yo por la presente declaro que, según mi más leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores están completas y son correctas.**

**Firma del atleta** \_\_\_\_\_ **Firma del padre/madre/tutor legal** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

©2010 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.

