Online Consent Forms Must Be Completed Prior To Participation: Killeenisd.RankOne.com Student ID#_____ SY26-27_____

PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION -- MEDICAL HISTORY

2026

This **MEDICAL HISTORY FORM** must be completed ***annually*** by parent (or guardian) and student in order for the student to participate in activities. These questions are designed to determine if the student has developed any condition which would make it hazardous to participate in an event.

Student's Name: (print) _____ Sex _____ Age_____ Date of Birth_____

Address _____ Phone_____

Grade _____ School _____

Personal Physician _____ Phone_____

In case of emergency, contact:

Name _____ Relationship _____ Phone (H) _____ (W)_____

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

		Yes	No
1.	Have you had a medical illness or injury since your last check up or physical?	☐	☐
2.	Have you been hospitalized overnight in the past year?	☐	☐
	Have you ever had surgery?	☐	☐
3.	Have you ever had prior testing for the heart ordered by a physician?	☐	☐
	Have you ever passed out during or after exercise?	☐	☐
	Have you ever had chest pain during or after exercise?	☐	☐
	Do you get tired more quickly than your friends do during exercise?	☐	☐
	Have you ever had racing of your heart or skipped heartbeats?	☐	☐
	Have you had high blood pressure or high cholesterol?	☐	☐
	Have you ever been told you have a heart murmur?	☐	☐
	Has any family member or relative died of heart problems or of sudden unexplained death before age 50?	☐	☐
	Has any family member been diagnosed with enlarged heart, (dilated cardiomyopathy), hypertrophic cardiomyopathy, long QT syndrome or other ion channelpathy (Brugada syndrome, etc), Marfan's syndrome, or abnormal heart rhythm?	☐	☐
	Have you had a severe viral infection (for example, myocarditis or mononucleosis) within the last month?	☐	☐
	Has a physician ever denied or restricted your participation in activities for any heart problems?	☐	☐
4.	Have you ever had a head injury or concussion?	☐	☐
	Have you ever been knocked out, become unconscious, or lost your memory?	☐	☐
	If yes, how many times? _____		
	When was your last concussion? _____		
	How severe was each one? (Explain below)		
	Have you ever had a seizure?	☐	☐
	Do you have frequent or severe headaches?	☐	☐
	Have you ever had numbness or tingling in your arms, hands, legs or feet?	☐	☐
	Have you ever had a stinger, burner, or pinched nerve?	☐	☐
5.	Are you missing any paired organs?	☐	☐
6.	Are you under a doctor's care?	☐	☐
7.	Are you currently taking any prescription or non-prescription (over-the-counter) medication or pills or using an inhaler?	☐	☐
8.	Do you have any allergies (for example, to pollen, medicine, food, or stinging insects)?	☐	☐
9.	Have you ever been dizzy during or after exercise?	☐	☐
10.	Do you have any current skin problems (for example, itching, rashes, acne, warts, fungus, or blisters)?	☐	☐
11.	Have you ever become ill from exercising in the heat?	☐	☐
12.	Have you had any problems with your eyes or vision?	☐	☐

		Yes	No
13.	Have you ever gotten unexpectedly short of breath with exercise?	☐	☐
	Do you have asthma?	☐	☐
	Do you have seasonal allergies that require medical treatment?	☐	☐
14.	Do you use any special protective or corrective equipment or devices that aren't usually used for your activity or position (for example, knee brace, special neck roll, foot orthotics, retainer on your teeth, hearing aid)?	☐	☐
15.	Have you ever had a sprain, strain, or swelling after injury?	☐	☐
	Have you broken or fractured any bones or dislocated any joints?	☐	☐
	Have you had any other problems with pain or swelling in muscles, tendons, bones, or joints?	☐	☐
	If yes, check appropriate box and explain below:		

☐ Head	☐ Elbow	☐ Hip
☐ Neck	☐ Forearm	☐ Thigh
☐ Back	☐ Wrist	☐ Knee
☐ Chest	☐ Hand	☐ Shin/Calf
☐ Shoulder	☐ Finger	☐ Ankle
☐ Upper Arm	☐ Foot	

16.	Do you want to weigh more or less than you do now?	☐	☐
17.	Do you feel stressed out?	☐	☐
18.	Have you ever been diagnosed with or treated for sickle cell trait or sickle cell disease?	☐	☐

Females Only ☐ I choose not to provide written information on Question 19 but will discuss with a medical professional:

19. When was your first menstrual period? _____
When was your most recent menstrual period? _____
How much time do you usually have from the start of one period to the start of another? _____
How many periods have you had in the last year? _____
What was the longest time between periods in the last year?

Males Only ☐ I choose not to provide written information on Question 20 but will discuss with a medical professional:

20. Are you missing a testicle? _____
Do you have any testicular swelling or masses? _____

☐ **OPTIONAL: An electrocardiogram (ECG) is not required. By marking this box, I choose to obtain an ECG for my student. I understand it is the responsibility of my family to schedule and pay for such an ECG. I have read and understood the information about cardiac screening on the UIL Sudden Cardiac Arrest Awareness Form.**

EXPLAIN 'YES' ANSWERS IN THE BOX BELOW (attach another sheet if necessary):

It is understood that even though protective equipment is worn by athletes, whenever needed, the possibility of an accident still remains. Neither the University Interscholastic League nor the school assumes any responsibility in case an accident occurs.

If, in the judgment of any representative of the school, the above student should need immediate care and treatment as a result of any injury or sickness, I do hereby request, authorize, and consent to such care and treatment as may be given said student by any physician, athletic trainer, nurse or school representative. I do hereby agree to indemnify and save harmless the school and any school or hospital representative from any claim by any person on account of such care and treatment of said student.

If, between this date and the beginning of participation, any illness or injury should occur that may limit this student's participation, I agree to notify the school authorities of such illness or injury.

I hereby state that, to the best of my knowledge, my answers to the above questions are complete and correct. Failure to provide truthful responses could subject the student in question to penalties determined by the UIL

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

Any Yes answer to questions 1, 2, 3, 4, 5, or 6 requires further medical evaluation which may include a physical examination. Written clearance from a physician, physician assistant, chiropractor, or nurse practitioner is required before any participation in UIL practices, games or matches. THIS FORM MUST BE ON FILE PRIOR TO PARTICIPATION IN ANY PRACTICE, SCRIMMAGE, PERFORMANCE OR CONTEST BEFORE, DURING OR AFTER SCHOOL.

For School Use Only:

This Medical History Form was reviewed by: Printed Name _____ Date _____ Signature _____

PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION -- PHYSICAL EXAMINATION

Student's Name _____ Sex _____ Age _____ Date of Birth_____

Height _____ Weight_____ % Body fat (optional) _____ Pulse _____ BP____/____ (____/____, ____/____)
brachial blood pressure while sitting

Vision: R 20/_____ L 20/___ Corrected: ☐ Y ☐ N Pupils: ☐ Equal ☐ Unequal

As a minimum requirement, this **Physical Examination Form** must be completed prior to junior high participation and again prior to first and third years of high school participation. It ***must*** be completed if there are yes answers to specific questions on the student's MEDICAL HISTORY FORM on the reverse side. **** Local district policy may require an annual physical exam.***

	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS	INITIALS*
MEDICAL			
Appearance			
Eyes/Ears/Nose/Throat			
Lymph Nodes			
Heart-Auscultation of the heart in the supine position.			
Heart-Auscultation of the heart in the standing position.			
Heart-Lower extremity pulses			
Pulses			
Lungs			
Abdomen			
Genitalia (males only) if indicated			
Skin			
Marfan's stigmata (arachnodactyly, pectus excavatum, joint hypermobility, scoliosis)			

Neck			
Back			
Shoulder/Arm			
Elbow/Forearm			
Wrist/Hand			
Hip/Thigh			
Knee			
Leg/Ankle			
Foot			

*station-based examination only

CLEARANCE

☐ Cleared

☐ Cleared after completing evaluation/rehabilitation for: _____

_____

☐ Not cleared for:_____Reason: _____

Recommendations: _____

_____

The following information must be filled in and signed by either a Physician, a Physician Assistant licensed by a State Board of Physician Assistant Examiners, a Registered Nurse recognized as an Advanced Practice Nurse by the Board of Nurse Examiners, or a Doctor of Chiropractic. Examination forms signed by any other health care practitioner, will not be accepted.

Name (print/type) _____ Date of Examination: _____

Address: _____

Phone Number: _____

Signature: _____

Must be completed before a student participates in any practice, before, during or after school, (both in-season and out-of-season) or performance/ games/matches.

Los formularios de consentimiento en linea deben completarse antes de la participacion: Killeenisd.RankOne.com Estudiante ID#_____ SY26-27____

EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN: HISTORIAL MÉDICO

2026

El padre (o tutor) y el estudiante deben completar este **FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO *cada año*** para que el estudiante pueda participar en las actividades. Estas preguntas están diseñadas para determinar si el estudiante ha desarrollado alguna condición que haga que su participación en un evento sea riesgosa.

Nombre del estudiante: (letra imprenta)_____Sexo:_____Edad:_____Fecha de nacimiento:_____

Dirección:_____Teléfono:_____

Grado:_____Escuela: _____

Médico personal_____Teléfono:_____

En caso de emergencia, comuníquese con:

Nombre:_____Parentesco:_____Teléfono: (C)_____(T)_____

	Sí	No
1. ¿Ha tenido una enfermedad o lesión desde su última revisión médica o examen físico?	☐	☐
2. ¿Ha estado hospitalizado durante al menos una noche en el último año?	☐	☐
¿Alguna vez se ha sometido a una cirugía?	☐	☐
3. ¿Alguna vez un médico le ha solicitado que se realice pruebas cardíacas previas?	☐	☐
¿Alguna vez se ha desmayado mientras hacía ejercicio o después de hacerlo? ¿Alguna vez ha experimentado un dolor en el pecho mientras hacía ejercicio o después de hacerlo?	☐	☐
¿Se cansa más rápido que sus amigos durante el ejercicio?	☐	☐
¿Alguna vez ha tenido latidos cardíacos acelerados o interrumpidos? ¿Ha tenido presión arterial alta o colesterol alto?	☐	☐
¿Alguna vez le han dicho que tiene un soplo cardíaco?	☐	☐
¿Algún miembro de su familia o pariente ha muerto por problemas cardíacos o por muerte súbita e inesperada antesde los 50 años?	☐	☐
¿Algún miembro de su familia tiene un diagnóstico de agrandamiento del corazón (miocardiopatía dilatada), miocardiopatía hipertrófica, síndrome del QT largo u otra canalopatía iónica (como el síndrome de Brugada, entre otros), síndrome de Marfan o ritmo cardíaco anormal?	☐	☐
¿Ha tenido una infección viral grave (por ejemplo, miocarditis o mononucleosis) en el último mes?	☐	☐
¿Alguna vez un médico le ha negado o restringido su participación en actividades debido a un problema cardíaco?	☐	☐
	☐	☐
4. ¿Alguna vez ha sufrido una lesión en la cabeza o una conmoción cerebral? ¿Alguna vez lo han noqueado, ha quedado inconsciente o ha perdido la memoria?	☐	☐
En caso afirmativo, ¿cuántas veces? _____		
¿Cuándo fue su última conmoción cerebral? _____		
¿Qué tan severa fue cada una? (Explique en el cuadro de abajo)	☐	☐
¿Alguna vez ha convulsionado?	☐	☐
¿Tiene dolores de cabeza frecuentes o intensos? ¿Alguna vez ha sentido entumecimiento u hormigueo en los brazos, manos, piernas o pies?	☐	☐
¿Alguna vez ha tenido un nervio oprimido,,irritado o pinzado?	☐	☐
5. ¿Le falta algún órgano par?	☐	☐
6. ¿Se encuentra bajo el cuidado de un médico?	☐	☐
7. ¿En la actualidad, toma algún medicamento o píldora con receta médica o sin ella (de venta libre). o utiliza un inhalador?	☐	☐
8. ¿Tiene alguna alergia (por ejemplo, al polen, a medicamentos, alimentos o insectos que pican)?	☐	☐
9. ¿Alguna vez se ha mareado mientras hacía ejercicio o después de hacerlo?	☐	☐
10 ¿Tiene algún problema cutáneo actual (por ejemplo, picazón, sarpullidos, acné, verrugas, hongos o ampollas)?	☐	☐
	☐	☐
11 ¿Alguna vez se ha enfermado por hacer ejercicio en el calor?	☐	☐
12 ¿Ha tenido algún problema con sus ojos o visión?	☐	☐
13. ¿Alguna vez le ha faltado el aire de manera inesperada mientras hacía ejercicio?	☐	☐
¿Tiene asma?	☐	☐
14. ¿Tiene alergias estacionales que requieren un tratamiento médico?	☐	☐
¿Utiliza algún equipo correctivo o de protección especial, o dispositivos que no suelen utilizarse para su actividad o posición (por ejemplo, rodilleras, un rollo especial para el cuello, aparatos ortopédicos para los pies, retenedores en los dientes o audífonos)?	☐	☐
¿Alguna vez ha tenido un esguince, distensión o hinchazón después de una lesión? ¿Se ha roto o fracturado algún hueso, o dislocado alguna articulación?	☐	☐
	☐	☐
15. ¿Ha tenido algún otro problema de dolor o hinchazón en los músculos, tendones, huesos o articulaciones?	☐	☐

En caso afirmativo, marque la casilla correspondiente y explique en el cuadro de abajo:

☐ Cabeza	☐ Codo	☐ Pie
☐ Cuello	☐ Antebrazo	☐ Muslo
☐ Espalda	☐ Muñeca	☐ Rodilla
☐ Pecho	☐ Mano	☐ Tobillo
☐ Hombro	☐ Canilla/Pantorrilla	☐ Dedo
☐ Brazo		

16 ¿Quiere pesar más o menos de lo que pesa ahora?	☐	☐
17. ¿Se siente estresado?	☐	☐
18. ¿Alguna vez le han diagnosticado o ha recibido tratamiento para el rasgo de células falciformes o la enfermedad de células falciformes?	☐	☐

Solo mujeres

Elijo no proporcionar información escrita sobre la Pregunta 19, pero discutiré con un profesional medico ☐

19. ¿Cuándo tuvo su primer período menstrual? _____

¿Cuándo tuvo su período menstrual más reciente? _____

¿Cuánto tiempo suele pasar desde el inicio de un período hasta el inicio del otro? _____

¿Cuántos períodos ha tenido en el último año? _____

¿Cuál fue el tiempo más largo que pasó entre un período y el otro en el último año?

Solo hombres

Elijo no proporcionar información escrita sobre la Pregunta 20, pero discutiré con un profesional medico ☐

20 ¿Tiene dos testículos?_____

Tiene hinchazón o masas en los testículos?_____

☐ **OPCIONAL: No se requiere un electrocardiograma (ECG). <u>Al marcar esta casilla, elijo obtener un ECG para mi estudiante. Entiendo que es responsabilidad de mi familia programar y pagar dicho ECG.</u> He leído y comprendido la información sobre la evaluación cardíaca en el Formulario de Concientización sobre Paros Cardíacos Súbitos de la UIL.**

EXPLIQUE SUS RESPUESTAS "SÍ" EN EL CUADRO DE ABAJO (adjunte otra hoja si es necesario)

Se entiende que, a pesar de que los atletas usan un equipo de protección siempre que es necesario, la posibilidad de un accidente sigue existiendo. Ni la Liga Interescolástica Universitaria ni la escuela asumen ninguna responsabilidad en caso de que ocurra un accidente.

Si, a juicio de cualquier representante de la escuela, el estudiante mencionado anteriormente necesitase atención y tratamiento inmediatos como resultado de cualquier lesión o enfermedad; por la presente solicito, autorizo y consiento que cualquier médico, entrenador deportivo, enfermero o representante de la escuela le provea tal atención y tratamiento a dicho estudiante. Por la presente acepto indemnizar y mantener indemne a la escuela y a cualquier representante de la escuela u hospital ante cualquier reclamo de cualquier persona a causa de tal atención y tratamiento de dicho estudiante.

Si, entre esta fecha y el comienzo de la participación, el estudiante manifestase alguna enfermedad o sufriera alguna lesión que pudiese limitar su participación, acepto notificar a las autoridades escolares sobre dicha enfermedad o lesión.

Por la presente declaro que, a mi leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas. No proporcionar respuestas veraces podría someter al estudiante en cuestión a las sanciones que determine la UIL.

Firma del alumno: Firma del padre o tutor: Fecha:

Cualquier respuesta afirmativa a las preguntas 1, 2, 3, 4, 5 o 6 requiere una evaluación médica adicional que puede incluir un examen físico. Se requiere una autorización por escrito de un médico, asistente médico, quiropráctico o enfermero practicante antes de participar en prácticas, juegos o partidos de la UIL. ESTE FORMULARIO DEBE ESTAR EN EL ARCHIVO ANTES DE LA PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER ENTRENAMIENTO, PRÁCTICA, PRESENTACIÓN

Solo para uso de la escuela:

Este formulario de historial médico fue revisado por: Nombre en letra imprenta:_____Fecha:_____Firma: _____

EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN: EXAMEN FÍSICO

Nombre del estudiante:_____ Sexo:_____ Edad:_____ Fecha de nacimiento:_____

Talla:_____ Peso:_____ Porcentaje de grasa corporal (opcional):_____ Pulso:_____ PA:____/____ (____/____, ____/____)
Presión arterial braquial mientras está sentado

Visión: D 20/_____ I 20/___ Corregida: ☐ Sí ☐ No Pupilas: ☐ Iguales ☐ Desiguales

Como requisito mínimo, este **formulario de examen físico** debe completarse antes de la participación en la escuela intermedia y otra vez antes del primer y tercer año de participación en la escuela secundaria. Asimismo, ***debe*** completarse si hay respuestas afirmativas a las preguntas específicas del FORMULARIO DEL HISTORIAL MÉDICO del estudiante que se encuentra en el reverso. **** La política del distrito local puede requerir un examen físico anual.***

	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES	INICIALES*
EXAMEN MÉDICO			
Apariencia			
Ojos/oídos/nariz/garganta			
Ganglios linfáticos			
Corazón: auscultación del corazón en posición supina			
Corazón: auscultación del corazón de pie			
Corazón: pulsos de las extremidades inferiores			
Pulsos			
Pulmones			
Abdomen			
Genitales (solo hombres) si está indicado			
Piel			
Estigmas de Marfan (aracnodactilia, pectus excavatum, hipermovilidad articular, escoliosis)			

EXAMEN MUSCULOESQUELÉTICO			
Cuello			
Espalda			
Hombro/brazo			
Codo/antebrazo			
Muñeca/mano			
Cadera/muslo			
Rodilla			
Pierna/tobillo			
Pie			

*** Solo para los exámenes que se realizan en estaciones**

AUTORIZACIÓN

☐ Autorizado

☐ Autorizado después de completar una evaluación o rehabilitación para:_____

_____

☐ No autorizado para:_____ Razón:_____

Recomendaciones:_____

_____

Un médico, un asistente médico que cuente con la autorización de una Junta del Estado de Examinadores Asistentes Médicos, un enfermero registrado que cuente con el reconocimiento de la Junta de Enfermeros Examinadores, como un enfermero de prácticas avanzado, o un doctor en Quiropráctica debe completar y firmar la siguiente información. No se aceptarán los formularios de examen que tengan la firma de cualquier otro médico.

Nombre (letra imprenta) _____ Fecha del examen:_____

Dirección:_____

Número de teléfono:_____

Firma:_____

Debe completarse antes de que un estudiante participe en cualquier práctica, antes, durante o después de la escuela (tanto durante la temporada como fuera de la temporada), o en cualquier presentación, juego o partido.