

**Perris Union High School District
Athletic Emergency/Medical Information & Participation Form**

FALL	WINTER	SPRING	MULTI
<input type="checkbox"/> Cross Country <input type="checkbox"/> Football <input type="checkbox"/> Girls Tennis <input type="checkbox"/> Boys Water Polo <input type="checkbox"/> Girls Volleyball <input type="checkbox"/> Girls Golf	<input type="checkbox"/> Basketball <input type="checkbox"/> Soccer <input type="checkbox"/> Wrestling <input type="checkbox"/> Girls Water Polo	<input type="checkbox"/> Baseball <input type="checkbox"/> Boys Golf <input type="checkbox"/> Softball <input type="checkbox"/> Swimming <input type="checkbox"/> Boys Tennis <input type="checkbox"/> Track <input type="checkbox"/> Boys Volleyball	<input type="checkbox"/> Cheer <input type="checkbox"/> Team Manager <input type="checkbox"/> Band <input type="checkbox"/> Color Guard <input type="checkbox"/> NJROTC <input type="checkbox"/> OTHER:

Athlete's Name:		Address:		Today's Date:	
City:	State: CA	Zip Code:	Home Phone:		
Grade:	Age:	Gender:	Date of Birth:	Place of Birth:	
Father/Guardian's Name:			Phone:	Employer:	
Mother/Guardian's Name:			Phone:	Employer:	
Emergency Phone Number:		Cell #:	E-Mail:		
Family Physician:		Phone Number:	School attended previous semester:		
List all schools attended in the last 12 months:					

Medical History Questionnaire- This Section must be completed:

	Y	N		Y	N
1. Are you currently under a doctor's care for any reason?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Do you have any trouble breathing before or after exercise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Have you ever been hospitalized?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Have you had any problems with your eyes or vision?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Have you ever had surgery?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Do you wear glasses or contacts or protective eye wear?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Are you currently taking any medications or pills	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Do you use any special equipment? (splint, neck rolls, mouth guards, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Do you have any allergies? (medicine, bee sting, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Has anyone in your family died of heart problems or sudden death before the age of 50?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Have you ever been dizzy or fainted during or after exercise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Do you only have one working organ of usually paired organs? (eye, kidney, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Have you ever had chest pains during or after exercise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Have you ever sprained, broken, dislocated, or had repeated swelling or pain of any bones or joints?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Have you ever had high blood pressure?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Are any of the following currently bothering you? Hand / Wrist / Elbow / Forearm / Hip / Thigh / Knee / Ankle / Shin / Calf / Foot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Have you ever been told you have a heart murmur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. Have you ever had a stinger, burner, or pinched nerve?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Have you ever had a racing heart or skipped heartbeats?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Have you ever had any medical problems or injuries? (asthma, mono, diabetes, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Have you had a head injury?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. Have you had any medical problems since your last evaluation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Have you ever been knocked unconscious?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Were there any special instructions or precautions given by the Medical Practitioner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Have you ever had a seizure?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. What was the date of your tetanus shot?		
14. Have you ever been dizzy or passed out due to the heat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. (Women Only) Date of your first menstrual period: When was your last menstrual period? Longest period of time between periods last year?		

Explain all "Yes" answers by question numbers, indicate dates for each item and include any special instructions.

I/we hereby state, to the best of my/our knowledge, the answers to the questions for the medical history questionnaire above are true. I/we understand that by performing this examination, the undersigned physician does not assume responsibility for medical care of this individual. I/we verify that I/we have read and understand all material presented and all information I/we have provided is correct and I/we give permission for my/our child or ward to receive a physical exam and to participate in athletics. In the event reasonable attempts to contact the parent/guardian at the above phone numbers meets with no success, full authorization is given for the administration of any treatment deemed necessary by a medical practitioner, and the transfer of son/daughter or ward to any medical practitioner, and the transfer of my/our son/daughter or ward to any licensed hospital or emergency clinic reasonably accessible. It is understood that this authorization is given in advance of any specific diagnosis, treatment, or hospital care being required, but is given to provide authority and power on the part of school authorities and aforesaid agent(s) to give reasonable care. Facts are provided above concerning the student athlete's medical history which a medical practitioner should know.

Family Health Insurance Co.	Policy ID #
Signature of Athlete	Date:
Signature of Parent or Guardian	Date:

	Blood Pressure	HEENT	Skin	Heart	Lungs	Abdomen	Flexibility/Strength
Normal							
Abnormal							

While this does not constitute a physical nor replace the need for a periodic health evaluation by a family physician, this individual appears to be physically capable of participation in interscholastic sports as of this date except as indicated below.

<input type="checkbox"/> Cleared for sport without restrictions <input type="checkbox"/> Cleared with the following restrictions: <input type="checkbox"/> Cleared after completing evaluation/rehabilitation for: <input type="checkbox"/> Not cleared for participation in athletics			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Doctor's Office Stamp:</td> <td style="width: 33%;">Physician's Signature:</td> <td style="width: 33%;">Date:</td> </tr> </table>	Doctor's Office Stamp:	Physician's Signature:	Date:
Doctor's Office Stamp:	Physician's Signature:	Date:	

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR Y ACUERDO DE RENUNCIAR RESPONSABILIDAD, LIBERACIÓN Y ASUMA DE RIESGO, EXIMIR DE RESPONSABILIDAD Y OBEDECER LAS REGLAS E INSTRUCCIONES

Nombre del padre/tutor: _____

Fecha: _____

Por la presente se da consentimiento para que el/la estudiante _____ participe en los deportes/actividades atléticas dentro de Perris Union High School District. La participación **ES VOLUNTARIA** y **NO SE REQUIERE** como parte del programa escolar regular.

Yo estoy consciente que participar, jugar y practicar para jugar o preparar para practicar/jugar en cualquier deporte/actividad atlética puede ser una actividad peligrosa involucrando **VARIOS RIESGOS DE LESIONES**. Yo entiendo que los peligros y riesgos de participar, jugar, practicar para jugar o preparar para practicar/jugar en los deportes/actividades atléticas incluyen, pero **no se limitan a**, la muerte, lesiones graves del cuello o la espina dorsal que podrían resultar en parálisis total o parcial, daño cerebral, lesiones graves en prácticamente todos los órganos internos, lesiones graves a prácticamente todos los huesos, articulaciones, ligamentos, músculos, tendones y otros aspectos del sistema musculoesquelético y lesión grave o discapacidad a otros aspectos de mi (o al de mi estudiante) cuerpo, salud y bienestar general. Yo entiendo que los peligros y riesgos de participar, jugar, prepararse para practicar o jugar en actividades de deportes atléticos/actividades atléticas puede resultar no sólo en lesiones graves, sino en una discapacidad grave de mis (o de mi estudiante) futuras habilidades de trabajar, participar en otras actividades comerciales, sociales y recreativas y generalmente disfrutar de la vida.

En caso de un accidente o enfermedad repentina, Perris Union High School District tiene el permiso de dar cualquier tratamiento médico de emergencia que se considere necesario para el estudiante anteriormente nombrado. Yo asumiré el costo del servicio de ambulancia en caso de una emergencia y entiendo que el distrito no paga por los servicios de ambulancia. Además entiendo y acepto la responsabilidad de obtener una confirmación escrita del médico indicando que el estudiante puede regresar a las prácticas y competencias con su equipo en cualquier momento que el estudiante sea visto por tal personal.

Debido a los peligros de participar, jugar, prepararse para practicar o jugar en actividades de deportes atléticos/actividades atléticas, yo (o en nombre de mi estudiante) reconozco la importancia de seguir las instrucciones de los entrenadores en cuanto a las técnicas de jugar, el entrenamiento y juego y las demás reglas del equipo y me comprometo a obedecer tales instrucciones/reglas.

Los estudiantes deben usar el transporte del Distrito cuando se proporcione. Nunca está permitido que los estudiantes transporten a otros estudiantes a o de las competencias atléticas. Cualquier otro arreglo debido a una emergencia o circunstancia familiar debe solicitarse por escrito por el padre/tutor (quien ha firmado este formulario) el día antes del viaje y debe aclararse a través de la oficina escolar.

En consideración de que Perris Union High School District me (o a mi estudiante) está permitiendo hacer una prueba para un deporte/actividad atlética y **PARTICIPAR EN TODAS LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL EQUIPO**, incluyendo, pero **no se limita a**, hacer una prueba, preparar para, transportar a o de, practicar para, jugar o de otra manera participar en los deportes/actividades atléticas, **YO (O EN NOMBRE DE MI ESTUDIANTE) POR LA PRESENTE ASUMO TODOS LOS RIESGOS ASOCIADOS CON LA PARTICIPACIÓN Y CONSIENTO EN RENUNCIAR LA RESPONSABILIDAD Y EXIMIR DE RESPONSABILIDAD A PERRIS UNION HIGH SCHOOL DISTRICT, SUS EMPLEADOS, AGENTES, REPRESENTANTES, ENTRENADORES Y A TODOS LOS VOLUNTARIOS DE CUALQUIER Y TODA RESPONSABILIDAD, ACCIÓN, CAUSA DE ACCIÓN, DEUDA, RECLAMO O DEMANDA DE CUALQUIER TIPO Y NATURALEZA EN ABSOLUTO QUE PODRÍA SURGIR DE O EN CONEXIÓN CON MI (O DE MI ESTUDIANTE) PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER ACTIVIDAD RELACIONADA CON EL EQUIPO**. Los términos del presente servirán como **LIBERACIÓN Y ASUNCIÓN DE RIESGO** para mí, mis herederos, bienes, albacea, administrador, cesionarios y para todos los miembros de mi familia.

EL ABAJO FIRMANTE HA LEÍDO CUIDADOSAMENTE EL ACUERDO DE LA LIBERACIÓN Y ASUNCIÓN DE RIESGO ANTERIOR Y LO ENTIENDE COMPLETAMENTE.

Firma del padre/tutor

Firma del estudiante

Compañía de seguro médico/contra accidentes estudiantiles*

Número de póliza

*Si no tiene seguro contra accidentes, el distrito le proporciona formularios para obtener el seguro como se requiere por la ley. Los formularios están disponibles en la oficina de la escuela. El seguro se debe mantener en todo momento. Notifique al director atlético de cualquier cambio/cancelación de la póliza.



PERRIS UNION HIGH SCHOOL DISTRICT

"Growing Together Through Education"

ATHLETIC PHYSICAL PACKET

SIGNATURE CONSOLIDATION PAGE

We, the undersigned are fully aware of the information contained in the athletic physical packet. By initialing and signing on this page we confirm our consent to follow the rules and policies of the Perris Union High School District.

	Parent	Athlete
Student Record and Media Release Authorization	_____	_____
Athletic Release of Liability		
Part 1:	_____	_____
Part 2:	_____	_____
Part 3:	_____	_____
Insurance:	_____	_____
Transportation:	_____	_____
Stadium Turf Agreement:	_____	_____
C.I.F. Sudden Cardiac Arrest:	_____	_____
Concussion Management Protocol		
Responsibility to report all injuries	_____	_____
CIF/CDC concussion fact sheet	_____	_____
Concussion is a brain injury	_____	_____
Concussion can affect my ability to perform everyday functions	_____	_____
Symptoms can show up hours or days after the injury	_____	_____
Report suspected teammate concussions	_____	_____
Do not return to play in a game or practice with concussion symptoms	_____	_____
Return to play too soon may increase the chances of a repeat concussion	_____	_____
Repeat concussions can cause permanent brain damage and even death	_____	_____
Impact Consent Form		
Impact Consent for Baseline Cognitive Testing	_____	_____
Impact Consent for Post Concussion Cognitive Testing	_____	_____

Name of Parent (Please Print): _____

Parent Signature: _____ Date: _____

Name of Student (Please Print): _____

Student Signature: _____ Date: _____

