

WYOMING HIGH SCHOOL ACTIVITIES ASSOCIATION SCHOOL PHYSICAL EXAMINATION MEDICAL RECORD

PHYSICIANS STATEMENT MUST BE DATED AFTER MAY 1 TO BE VALID FOR THE UPCOMING SCHOOL YEAR

DATE OF EXAM: _____

Name _____	Date of Birth _____
Height _____	Weight _____ % Body fat (optional) _____
Vision R 20 ____ / L 20/ ____	Pulse _____ BP ____ / ____ (____ / ____ / ____)
Corrected: Y ___ N ___	Pupils: Equal _____ Unequal _____

	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
MEDICAL		
Appearance		
Eyes/Ears/Nose/Throat		
Lymph Nodes		
Heart		
Pulses		
Lungs		
Abdomen		
Genitalia (males only)		
Skin		
MUSCULOSKELETAL		
Neck		
Back		
Shoulder/arm		
Elbow/forearm		
Wrist/hand		
Hip/thigh		
Knee		
Leg/ankle		
Foot		

Cleared after completing evaluation/rehabilitation for: _____

Not cleared for: _____ Reason: _____

Recommendations _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ESTUDIANTE / PADRE /GUARDIÁN LEGAL

La participación en todas las actividades requiere la aceptación del riesgo de posibles lesiones graves. El riesgo se puede minimizar siguiendo las reglas y procedimientos de sus entrenadores, familiarizándose con las reglas de la actividad y siguiendo las reglas específicas emitidas por los fabricantes para el uso seguro de su equipo de actividades. El riesgo siempre está ahí, pero puede ayudar a minimizarlo haciendo de la seguridad una responsabilidad compartida. Cuando toma la decisión de participar en una actividad, asume la responsabilidad compartida de seguir las reglas de las actividades, las reglas de los entrenadores y las reglas del fabricante del equipo. Ustedes, como participantes, pueden ayudar a que la actividad sea más segura al no usar intencionalmente técnicas que son ilegales y que pueden causar lesiones graves. Su firma a continuación indica que se le ha informado sobre la importancia de seguir las reglas en la participación en las actividades; y se da cuenta de que existe el riesgo de lesionarse que es inherente a todas las actividades. Se da cuenta de que el riesgo de lesiones puede ser grave, incluyendo el riesgo de fracturas, lesiones cerebrales, parálisis o incluso muerte.

Programas de actividades específicamente excluidos: _____

Fecha: _____ Firma de Padre de familia/Guardián: _____

Firma del estudiante: _____