

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE, DE AUSTIN (AISD) 2011 – 2012  
**HOJA DE PARTICIPACIÓN ATLÉTICA DEL DEPARTAMENTO DE ATLETISMO ESCUELA \_\_\_\_\_**

Apellido, Nombre	Identificación del estudiante	Grado	Fecha de nacimiento	Sexo	Deportes ( Mencione todos los deportes en los que participa)
Dirección (No P.O. Boxes)		Ciudad		Código Postal	Teléfono de la casa
Nombre del madre/guardián	Empresa en la que labora	Teléfono del trabajo	Teléfono celular	Relación con el Estudiante	
Nombre de la padre/guardián	Empresa en la que labora	Teléfono del trabajo	Teléfono celular	Relación con el Estudiante	
Contacto de emergencia (No padres)		Teléfono de la casa	Teléfono celular	Relación con el Estudiante	

**Si su respuesta es "SI", por favor explique en una hoja por separado. Circule las preguntas de las que no conoce la respuesta.  
 Es necesario contar con una nota médica permitiéndole su participación en prácticas, juegos o torneos de la Liga Interacadémica Universitaria.**

	Si	No		Si	No
1. ¿Has tenido enfermedad médica o lesión desde tu última revisión o examen deportivo general?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. ¿Te ha faltado la respiración de repente, debido a ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Has estado en hospital, de un día para otro, el año pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tienes asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha sido intervenido quirúrgicamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tienes alergias de estación, que requieren tratamiento médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Te has desmayado durante un ejercicio o después de él?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. ¿Usas algún equipo especial protector o corrector, o artefactos que no se acostumbra para tu deporte o tu puesto (p.ej. tirantes en las rodillas, alzacuello especial, soportes ortopédicos en los pies, frenos dentales, ayuda auditiva)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Has tenido dolor del pecho durante un ejercicio o después de él?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. ¿Has sufrido alguna vez luxación, distensión o hinchazón después de una lesión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Te cansas antes que tus amigos, haciendo ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Te has roto o fracturado huesos o dislocado articulaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se te ha acelerado el corazón, o ha saltado palpitaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usted ha tenido otro perno o hinchazón del wiht de los problemas en músculos, tendones, huesos, o empalmes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Has tenido alta presión o alto nivel de colesterol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es "sí", marca el cuadro apropiado y explícalo abajo:		
¿Te han dicho que tienes murmullo cardiaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cabeza	<input type="checkbox"/> Codo	<input type="checkbox"/> Muslo
¿Algún miembro de tu familia o pariente murió de problemas del corazón, o de muerte repentina inesperada antes de 50 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> Antebrazo	<input type="checkbox"/> Rodilla
¿A algún miembro de su familia le han diagnosticado el corazón crecido, (dilatado cardiomiopatía) cardiomiopatía hipertrófica, Síndrome de largo QT, or otro ion channelopathy (síndrome Brugada, etc.) Síndrome de Marfan, o ritmo cardiaco anormal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Espalda	<input type="checkbox"/> Muneca	<input type="checkbox"/> Espinilla
¿Has tenido infección viral grave (p.ej. miocarditis o mononucleosis) durante el último mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pecho	<input type="checkbox"/> Mano	<input type="checkbox"/> Pantorrilla
¿Algún médico te ha negado o restringido alguna vez la participación en deportes por problemas del corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hombro	<input type="checkbox"/> Dedo	<input type="checkbox"/> Tobillo
4. ¿Has tenido alguna vez una lesión o concusión en la cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Suprabrazo	<input type="checkbox"/> Cadera	<input type="checkbox"/> Pie
¿Alguna vez te han derribado, has quedado inconsciente, o perdido la memoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. ¿Quieres subir o bajar de tu peso actual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es sí, ¿cuántas veces? ____ ¿Cuándo fue la última concusión?			¿Pierdes peso regularmente para cumplir con requisitos de tu deporte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Qué tan grave fue cada una? (explícalo abajo)			17. ¿Te sientes tenso(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Has tenido alguna vez un ataque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. ¿Alguna vez te han diagnosticado o atendido por rasgo (propensión) de la célula de hoz o enfermedad (anemia) de célula de hoz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tienes jaquecas frecuentes o graves?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>SOLO MUJERES:</b>		
¿Alguna vez se te han dormido, o tienes cosquilleo en brazos, manos, piernas o pies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. ¿Cuándo tuviste tu primera regla?	_____	
¿Alguna vez has sentido aguijón, ardor o pellizco en un nervio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuándo ocurrió tu regla (menstruación) más reciente?	_____	
5. ¿Te falta alguno de los órganos que son pares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuánto tiempo pasa del principio de una regla al principio de la siguiente?	_____	
6. ¿Estás al cuidado de un médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuántas reglas tuviste el año pasado?	_____	
7. ¿Estás tomando actualmente alguna medicina de receta, de venta libre o pastillas, o usando inhalador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuál fue el mayor tiempo entre dos reglas el año pasado?	_____	
8. ¿Tienes alergias (p.ej. al polen, a medicina, a alimento o a picadura de insecto)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
9. ¿Te has mareado durante un ejercicio o después de él?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
10. ¿Tienes ahora un problema de la piel (p.ej. comezón, erupción, acné, verrugas, hongos o ampollas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
11. ¿Te has enfermado por hacer ejercicio en pleno calor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
12. ¿Has tenido algún problema con los ojos o la visión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Si el individuo contesta afirmativamente alguna de las preguntas en relación a un posible problema cardiovascular (pregunta número cinco), como se indica en la solicitud, dicho individuo será limitado en su participación hasta que sea examinado y aprobado por un médico, asistente médico, quiropráctico o enfermera.

Explique Sus Respuestas \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Circule todos los deportes en los que el estudiante tiene permitido participar:**

Futbol Voleibol Beisbol Lucha Libre Basquetbol Golf Soccer Softbol Tennis a Campo Traviesa Pista y Campo Natacion y Clavados

**Yo por la presente, indico eso, segun mi leal saber y entender, mis repuestas al encime de preguntas son complete y correcto. El fracaso para proporcionar las respuestas veraces podrian suetar a el estudiante en cuestion a penas determinadas or el UIL. Nuestras firmas indican que hemos leído, entendido y aceptamos el documento por completo, así como el Historial Médico, el Acuerdo de Consumo de Esteroides, el Reglamento de la Liga Interacadémica Universitaria y el Manual de Información para los Padres de Familia.**

Firma del Estudiante: \_\_\_\_\_ Firma del Padre/ Madre/Custodio: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Esta forma debe estar en el archivo antes de la participacion en cualquier practica se pelea o refuta, durante o despus de la escuela.

<b>This Medical History Form was reviewed by:</b>	
Doctor: _____ <i>Signature</i>	School Official: _____ <i>Signature</i>

## Requisito de examen físico

Es necesario presentar un examen físico anual para participar en las actividades de atletismo de AISD. Este examen deberá estar fechado después del 15 de Abril y será válido por un año escolar. Cualquier examen físico será válido por un año escolar sin importar la fecha del examen. El departamento de atletismo de AISD estará ofreciendo exámenes físicos gratis en Mayo. Contacté a su entrenador para más información acerca de estos exámenes físicos.

## Reglas Generales De Elegibilidad De La U.I.L.

De acuerdo con los estándares de la UIL, los estudiantes son elegibles para representar a su escuela en actividades interescolásticas si ellos:

- no tienen o no son mayores de 19 años de edad en o antes del 1° de septiembre del año escolar actual. (Ver excepción para discapacitados en la Sección 504.)
- no se han graduado de la escuela secundaria (high school).
- se han inscrito antes o en el sexto día de clases del año escolar actual y han asistido a la escuela durante quince días inmediatamente antes de una competencia varsity.
- son estudiantes de tiempo completo en la secundaria participante.
- inicialmente se matricularon en el noveno grado hace no más de cuatro años escolares.
- están cumpliendo con los estándares académicos requeridos por la ley estatal.
- viven con sus padres dentro de la zona de asistencia del distrito escolar (La residencia de los padres se aplica sólo a la elegibilidad de atletismo varsity.) Cuando los padres no residen dentro de la zona de asistencia del distrito, el estudiante podría ser elegible si: tiene una asistencia continua de por lo menos un año escolar y no se ha inscrito en otra escuela; no se da ningún incentivo al estudiante para que asista a la escuela (por ejemplo: los estudiantes o sus padres deben pagar por vivienda y hospedaje cuando no viven con un familiar; los estudiantes que tengan que conducir para llegar al distrito escolar deben costear su propia transportación); si no incurre una violación de las pólizas de la escuela local o de TEA el hecho de que el estudiante continúe asistiendo a la escuela. Los estudiantes colocados por la Comisión Juvenil de Texas (Texas Youth Commission) están amparados bajo la Residencia de Custodia (Custodial Residence). [Ver Sección 442 del documento Constitución y Reglas de Competencia (Constitution and Contest Rules).
- han cumplido con las estipulaciones o condiciones de la Regla de Premios (Awards Rule).
- no han representado a un colegio u universidad en alguna competencia.
- no han sido reclutados. (No se aplica al reclutamiento colegial según lo permite la ley.)
- no han violado ninguna de las condiciones de las reglas del campamento de verano. Los estudiantes recién inscritos en los grados del 10 al 12 no deben asistir a un campamento de béisbol, básquetbol, fútbol, balompié o voleibol donde un entrenador del séptimo al doceavo grado de su misma zona de asistencia del distrito escolar trabaja, enseña, o inscribe a los estudiantes en el campamento. Los estudiantes que se inscribirán en los grados 7, 8 y 9 pueden asistir a un campamento de béisbol, básquetbol, fútbol, balompié, softbol y voleibol en el cual un entrenador de su misma zona de asistencia del distrito escolar es empleado por no más de seis días consecutivos cada verano y en cada tipo de campamento deportivo. Los campamentos de béisbol, básquetbol, fútbol, balompié, softbol y voleibol en los cuales el personal escolar trabaja con sus propios estudiantes pueden llevarse a cabo en mayo (después del último día de clases), junio, julio y agosto (antes del segundo lunes de agosto). Si dichos campamentos son patrocinados por el personal del distrito escolar, éstos deben realizarse dentro de los límites del distrito escolar y el superintendente o su representante deben aprobar el horario de cuotas.
- han cumplido con todas las condiciones del Reglamento de Atletismo Aficionado (Athletic Amateur Rule). Los estudiantes no deberán aceptar dinero o cualquier otra gratificación o recompensa de valor (propiedad tangible o intangible; servicio que incluya cualquier cosa que se pueda usar, vestir, vender o consumir) por su participación en cualquier deporte atlético durante cualquier parte del año. Los atletas no deberán permitir que sus nombres se usen para la promoción de cualquier producto, plan o servicio. Los estudiantes que inadvertidamente violen la regla de atletismo aficionado al aceptar alguna gratificación de valor pueden volver a ser elegibles una vez que devuelvan dicha gratificación. Si los individuos devuelven la gratificación de valor dentro de los 30 días después de haber sido informados de la violación a la regla, recibirán de nuevo elegibilidad atlética después de devolver lo recibido. Si NO devuelven lo recibido dentro de los 30 días, seguirán siendo inelegibles por un año después del día en que aceptaron la gratificación de valor. Durante el período de tiempo desde que los estudiantes recibieron la gratificación de valor hasta el día en que la devuelvan, son inelegibles para participar en competencias atléticas varsity del deporte en el cual ocurrió la violación a la regla. La pena mínima por participar en una competencia mientras se es inelegible es la pérdida automática de la competencia.
- no se trasladaron a otra escuela por razones o propósitos de atletismo.

## COBERTURA DEL SEGURO DE ATLETISMO

El Distrito Escolar de Austin ofrece una póliza de seguro adicional para todos los participantes de la Liga Interacadémica Universitaria de secundaria y preparatoria durante su participación en alguna actividad permitida por la Liga, antes, durante y después de la escuela y durante su traslado al lugar de dicha actividad. Este seguro suplementario requiere primero la cobertura de su seguro primario. Después de que su seguro primario llegue a los límites establecidos por su póliza, los padres pueden llenar una solicitud para el reembolso de facturas médicas sin rebasar el límite establecido por el plan del seguro suplementario. Si ustedes no cuentan con un seguro médico personal, el plan suplementario puede usarse para cubrir las deudas médicas, pero sólo hasta alcanzar el límite establecido por la póliza. Ni Austin ISD ni el proveedor del seguro pagarán 100% de los costos incurridos en un accidente. Si usted no cuenta con un seguro personal para su hijo(a), le sugerimos que considere comprar una cobertura extendida para ellos. Austin ISD ofrece pólizas de seguro médico para estudiantes y padres al principio de cada año escolar.

## MANUAL DE INFORMACIÓN PARA PADRES DE LA LIGA INTERACADÉMICA UNIVERSITARIA

El Departamento de Atletismo del Distrito Escolar de Austin requiere brindarle acceso al Manual de Información para Padres. Dicho manual se encuentra en la página de Internet de la Liga Interacadémica Universitaria en la sección de Atletismo. La página de internet es [www.uil.utexas.edu](http://www.uil.utexas.edu). Puede solicitar una copia de este manual en la Oficina de Atletismo. Usted debe leer y aceptar los términos de este manual.

## PERMISO DEL PADRE/MADRE/CUSTODIO LEGAL

- Doy por éste medio mi consentimiento para que el estudiante antedicho compita en los deportes aprobados por la Liga Interacadémica de la Universidad y viaje con el entrenador o cualquier otro representante de la escuela en cualquier viaje.
- Se entiende que aún que el atleta use el equipo protector siempre que éste sea requerido, sigue habiendo la posibilidad de un accidente que resulte en lesión. Ni la UIL ni el Distrito Escolar asumirán la responsabilidad en caso de un accidente.
- He leído y entiendo las reglas de la UIL enumeradas en éste documento y convengo que mi hijo(a) seguirá todas las reglas impuestas por la UIL.
- También acuerdo ser responsable por el retorno seguro de todo el equipo atlético entregado por la escuela a mi hijo y pagaré el equipo que haya sido extraviado, robado o dañado.
- Si, a juicio de cualquier representante de la escuela, el estudiante antedicho requiere atención y tratamiento médico inmediato a causa de un accidente o enfermedad; pido, autorizo y consiento por este medio el cuidado y tratamiento al estudiante por cualquier médico, entrenador atlético, enfermera, hospital, o representante de la escuela; y acuerdo por este medio indemnizar y no responsabilizar a la escuela o a cualquiera de sus representantes de cualquier demanda por cualquiera de las personas encargadas de tal cuidado y tratamiento del estudiante antedicho. Tu firma abajo da la autorización que es necesaria para que el distrito escolar, sus entrenadores atléticos, enfermeras, entrenadores, los médicos asociados y el personal del seguro del estudiante compartan la información referente al diagnóstico médico y al tratamiento del estudiante.
- He leído la información acerca del uso de esteroides y acuerdo que como pre-requisito de participación en cualquier actividad atlética de UIL debo abstenerme del uso ilegal de esteroides. Entiendo que la falta de proporcionar la información exacta y veraz podría sujetar al estudiante en cuestión a las penas según lo determinado por la UIL.
- He sido proveído con el Manual De Información a Padres de la UIL acerca de problemas de salud y seguridad y mis responsabilidades.
- Acepto por éste medio que mis respuestas a las preguntas en la forma del Historial Médico están completas y correctas al mejor de mi conocimiento. Si entre ésta fecha y al comienzo de la participación atlética, o en cualquier tiempo durante el año escolar, cualquier enfermedad o accidente ocurriera que limitara la participación del estudiante, acuerdo notificar con órdenes del doctor escritas a las autoridades de la escuela de tal enfermedad o lesión.

## LOS ENTRENADORES DE LA ESCUELA NO PUEDEN:

- Transportar, registrar o instruir a los estudiantes del grado 7-12 de su zona de asistencia de campos no escolares de béisbol, baloncesto, football, soccer, softball y volleyball. (Excepción: Los entrenadores de la escuela pueden sostener un campo de 6 días en su distrito escolar para los estudiantes entrantes de grados 7, 8, 9).
- Dar cualquier instrucción o programar cualquier practica para un individuo o equipo fuera de la temporada, excepto durante el día escolar y el periodo atlético de béisbol, baloncesto, football, soccer, softball y volleyball.
- Las escuelas y los clubes de asistencia, no pueden proporcionar fondos o transportación para actividades no escolares



# HIGH SCHOOL ATHLETES ONLY



## University Interscholastic League

### Parent and Student Agreement/Acknowledgement Form Anabolic Steroid Use and Random Steroid Testing

- Texas state law prohibits possessing, dispensing, delivering or administering a steroid in a manner not allowed by state law.
- Texas state law also provides that body building, muscle enhancement or the increase in muscle bulk or strength through the use of a steroid by a person who is in good health is not a valid medical purpose.
- Texas state law requires that only a licensed practitioner with prescriptive authority may prescribe a steroid for a person.
- Any violation of state law concerning steroids is a criminal offense punishable by confinement in jail or imprisonment in the Texas Department of Criminal Justice.

#### STUDENT ACKNOWLEDGEMENT AND AGREEMENT

As a prerequisite to participation in UIL athletic activities, I agree that I will not use anabolic steroids as defined in the UIL Anabolic Steroid Testing Program Protocol. I have read this form and understand that I may be asked to submit to testing for the presence of anabolic steroids in my body, and I do hereby agree to submit to such testing and analysis by a certified laboratory. I further understand and agree that the results of the steroid testing may be provided to certain individuals in my high school as specified in the UIL Anabolic Steroid Testing Program Protocol which is available on the UIL website at [www.uil.utexas.edu](http://www.uil.utexas.edu). I understand and agree that the results of steroid testing will be held confidential to the extent required by law. I understand that failure to provide accurate and truthful information could subject me to penalties as determined by UIL.

**Student Name (Print):** \_\_\_\_\_ **Grade (9-12)** \_\_\_\_\_

**Student Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

#### PARENT/GUARDIAN CERTIFICATION AND ACKNOWLEDGEMENT

As a prerequisite to participation by my student in UIL athletic activities, I certify and acknowledge that I have read this form and understand that my student must refrain from anabolic steroid use and may be asked to submit to testing for the presence of anabolic steroids in his/her body. I do hereby agree to submit my child to such testing and analysis by a certified laboratory. I further understand and agree that the results of the steroid testing may be provided to certain individuals in my student's high school as specified in the UIL Anabolic Steroid Testing Program Protocol which is available on the UIL website at [www.uil.utexas.edu](http://www.uil.utexas.edu). I understand and agree that the results of steroid testing will be held confidential to the extent required by law. I understand that failure to provide accurate and truthful information could subject my student to penalties as determined by UIL.

**Name (Print):** \_\_\_\_\_

**Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Relationship** \_\_\_\_\_

## Concussion Testing

Austin ISD is currently implementing an innovative program for our student-athletes. This program will assist our team physicians/athletic trainers in evaluating and treating head injuries (e.g., concussion). In order to better manage concussions sustained by our student-athletes, we have acquired a computer program to successfully evaluate and manage concussions. If an athlete is believed to have suffered a head injury during competition, it is used to help determine the severity of head injury and when the injury has fully healed.

The computerized exam is given to athletes before beginning contact sport practice or competition. This non-invasive test is set up in "video-game" type format and takes about 20 minutes to complete. Essentially, it is a preseason physical of the brain. It tracks information such as memory, reaction time, speed, and concentration. It, however, is not an IQ test. This program poses no risks to your student-athlete.

If a concussion is suspected, the athlete will be required to re-take the test. Both the preseason and post-injury test data is given to your family doctor or another local physician to help evaluate the injury. The test data will enable these health professionals to determine when return-to-play is appropriate and safe for the injured athlete. If an injury of this nature occurs to your child, you will be promptly contacted with all the details.

The Austin ISD administration, coaching, and athletic training staffs are striving to keep your child's health and safety at the forefront of the student athletic experience. We will be offering this testing to athletes involved in certain contact sports. Even though we highly recommend this testing, it is not required in order for participation in athletics.

I have read and understand the above information and give permission for my son/daughter to participate in the Concussion Program if offered.

I have read and understand the above information and DO NOT give permission for my son/daughter to participate in the Concussion Program if offered.

**Printed Name of Athlete** \_\_\_\_\_

**Signature of Athlete** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

**Signature of Parent** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

**PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION – PHYSICAL EXAMINATION**

Student's Name \_\_\_\_\_ Sex \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

Height \_\_\_\_\_ Weight \_\_\_\_\_ Pulse \_\_\_\_\_

BMI % \_\_\_\_\_ % Body fat (optional) \_\_\_\_\_

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 athletic participation and again prior to first and third years of high school athletic 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*
<b>MEDICAL</b>			
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)			
Skin			
<b>MUSCULOSKELETAL</b>			
Neck			
Back			
Shoulder/Arm			
Elbow/Forearm			
Wrist/Hand			
Hip/Thigh			
Knee			
Leg/Ankle			
Foot			
Marfan's stigmata (arachnodactyly, pectus, excavatum, joint hypermobility, scoliosis)			

**CLEARANCE**

*\*station-based examination only*

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: \_\_\_\_\_  
 Signature: \_\_\_\_\_ **SIGNATURE ALSO REQUIRED BELOW MEDICAL HISTORY ON FRONT OF FORM**