



**Registro Físico del Examen** (Ser completado por un médico de profesional licenciado como designado en el Artículo VII 36.14(1). Esta evaluación es de sólo determinar la prontitud para la participación de deporte. No se debe utilizar como un sustituto para exámenes regulares de salud.

Nombre de atleta \_\_\_\_\_

La altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Pulso \_\_\_\_\_ Tensión \_\_\_\_\_ la Visión R 20/ \_\_\_\_\_ L 20/ \_\_\_\_\_

	NORMALES	CONCLUSIONES ANORMALES	INICIALAN
1. La apariencia (esp. Marfan's)	_____	_____	_____
2. Los ojos/orejas/nariz/garganta	_____	_____	_____
3. La boca & dientes	_____	_____	_____
4. El cuello	_____	_____	_____
5. Nodos de linfa	_____	_____	_____
6. El corazón (Parándose & Mintiendo)	_____	_____	_____
7. Pulsos (esp. Femoral)	_____	_____	_____
8. El pecho & pulmones	_____	_____	_____
9. El abdomen	_____	_____	_____
10. Pele	_____	_____	_____
11. Los genitales -Hernia	_____	_____	_____
12. El músculo esquelético -ROM, la fuerza, etc. (Vea las preguntas 21 -28)	_____	_____	_____
13. Neurológico	_____	_____	_____

Los comentarios con respecto a conclusiones anormales - \_\_\_\_\_

**RECOMENDACIONES ATLETICAS DE LA PARTICIPACION**

**REPLETO & ILIMITADA PARTICIPACION**

\_\_\_\_\_**LIMITO PARTICIPACION**-NO puede tomar parte en el siguiente (verificó)

\_\_\_\_Béisbol      \_\_\_\_Baloncesto      \_\_\_\_A campo través      \_\_\_\_Fútbol americano      \_\_\_\_Golf      \_\_\_\_Fútbol  
 \_\_\_\_Béisbol para chicas      \_\_\_\_Natación      \_\_\_\_Tenis      \_\_\_\_pista(correr)      \_\_\_\_Voleibol      \_\_\_\_Lucha  
 \_\_\_\_Espacio Libre documentado sigue de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_**PARA LA PARTICIPACION ATLETICA**

\_\_\_\_\_  
 Nombre de Médico Licenció Profesional (Imprimió)

\_\_\_\_\_  
 La Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma de Médico Licenció Profesional

\_\_\_\_\_  
 Numero del teléfono

**El permiso y la liberación de los Padres o el Guardián (Firme después del examen físico se ha completado.)**

Yo doy mi consentimiento para el estudiante denominado para entrar en actividades atléticas aprobados como un representante de su escuela, menos que esas actividades indicadas por encima del profesional licenciado. Doy también mi permiso para el médico del equipo, entrenador atlético, u otro personal calificado para dar los primeros auxilios el tratamiento a mi hijo o la hija en un acontecimiento atlético en caso de la herida.

\_\_\_\_\_  
 El nombre del padre/guardián (Imprimió)

\_\_\_\_\_  
 Firma del padre/guardián

\_\_\_\_\_  
 Dirección de domicilio (Apartados de correos de calle, la ciudad, el estado, la cremallera)

\_\_\_\_\_  
 El numero del teléfono

Esta forma se ha desarrollado con la ayuda del Comité en la Medicina de Deporte del Iowa la Sociedad Médica y ha sido aprobada para el uso por el Departamento de Iowa de la Educación,