

**Important: Physical exams and waivers for all school sports, including cheerleading, must be done annually before the first day of practice and not before April 1 of the start of the upcoming school year.**

**MIDDLE SCHOOL PHYSICAL EXAMINATION FORM  
(FORMULARIO DE EXAMEN FISICO)  
ELKHART COMMUNITY SCHOOLS  
STUDENT SERVICES DEPARTMENT**

School (Escuela) \_\_\_\_\_ Grade (Grado) \_\_\_\_\_ Room (Salón) \_\_\_\_\_ Date (Fecha) \_\_\_\_\_

**HEALTH INFORMATION: TO BE FILLED OUT BY PARENT OR GUARDIAN  
(INFORMACION DE SALUD PARA SER COMPLETADA POR PADRE O GUARDIAN)**

Name \_\_\_\_\_ Birthdate \_\_\_\_\_  
(Nombre) \_\_\_\_\_ (Fecha de Nacimiento) \_\_\_\_\_  
Parent of Guardian \_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_\_  
(Padre o Guardián) \_\_\_\_\_ (Teléfono) \_\_\_\_\_  
Address (Dirección) \_\_\_\_\_

**Parent: If student has any of the following conditions, explain briefly:**  
(Padres: Si el estudiante presenta alguno de los siguientes estados de salud, explique brevemente:)

- Allergies: specify (Alergias: explique) \_\_\_\_\_
- Asthma (Asma) \_\_\_\_\_
- Diabetes (Diabetes) \_\_\_\_\_
- Hay Fever (Fiebre del Heno) \_\_\_\_\_
- Headaches/Migraines (Dolores de Cabeza/Migraña) \_\_\_\_\_
- Hearing Loss (Pérdida del Oído) \_\_\_\_\_
- Hemophilia (Hemofilia) \_\_\_\_\_
- Rheumatic Fever (Fiebre Reumática) \_\_\_\_\_
- Speech Disorder (Trastorno del Habla) \_\_\_\_\_
- Seizure Disorder (Ataques) \_\_\_\_\_
- Visually Impaired (Vista dañada) \_\_\_\_\_
- Other (Otros) \_\_\_\_\_

Takes Medication Regularly? If so, name these \_\_\_\_\_  
(Toma medicamentos regularmente? Si es así, póngalos aquí) \_\_\_\_\_

Have there been any serious illnesses, accidents, or surgeries that may have caused any impairment? No \_\_\_ Yes \_\_\_ If yes, what?  
(Ha tenido alguna enfermedad seria, accidente, o cirugías que le hayan causado daño? No \_\_\_ Sí \_\_\_ En caso afirmativo, ¿qué?) \_\_\_\_\_

I give examining physician permission to immunize as requested by the Elkhart County Health Department.  
(Yo le doy permiso al médico para que le ponga las vacunas que requieren el Departamento de Salud del Condado de Elkhart.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent or Guardian  
(Firma del Padre o Guardián)

**Immunizations (to be filled out by doctor's office) Please give month, day and year for each:**

Immunization	Date(s)					
DTP/DtaP	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Tdap	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Td	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Hep A	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Hep B	_____	_____	_____	_____	_____	_____
HIB	_____	_____	_____	_____	_____	_____
HPV	_____	_____	_____	_____	_____	_____
IPV	_____	_____	_____	_____	_____	_____
OPV	_____	_____	_____	_____	_____	_____
MCV	_____	_____	_____	_____	_____	_____
MMR	_____	_____	_____	_____	_____	_____
PCV	_____	_____	_____	_____	_____	_____
BCG	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Varicella	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Had varicella disease (indicate age or month/yr.) \_\_\_\_\_

**Important: Physical exams and waivers for all school sports, including cheerleading, must be done annually before the first day of practice and not before April 1 of the start of the upcoming school year.**

Student's name (print) \_\_\_\_\_ Birth date \_\_\_\_\_  
Visual acuity R \_\_\_\_\_ L \_\_\_\_\_ w/o correction      Hearing (gross) \_\_\_\_\_  
Visual acuity R \_\_\_\_\_ L \_\_\_\_\_ w/correction      Audiometry \_\_\_\_\_  
Wears glasses or contacts (circle) yes no      Tympanometry \_\_\_\_\_  
Referred to eye specialist (circle) yes no      Height \_\_\_\_\_ Weight \_\_\_\_\_ BMI \_\_\_\_\_  
Blood pressure \_\_\_\_\_ Pulse \_\_\_\_\_ Respiration \_\_\_\_\_ Peak flow \_\_\_\_\_ SaO2 \_\_\_\_\_ %

**Lab test results**

Hgb \_\_\_\_\_ Hct \_\_\_\_\_ Lead \_\_\_\_\_ Sickle cell (circle) absent trait present not tested  
Urinalysis: glucose \_\_\_\_\_ Bilirubin \_\_\_\_\_ Ketones \_\_\_\_\_ S/G \_\_\_\_\_ Blood \_\_\_\_\_ pH \_\_\_\_\_  
Protein \_\_\_\_\_ Urobilinogen \_\_\_\_\_ Nitrite \_\_\_\_\_ Leukocytes \_\_\_\_\_ Color \_\_\_\_\_  
Microscopic results \_\_\_\_\_ T.B. test (circle) no yes results \_\_\_\_\_ mm

Appearance \_\_\_\_\_

Head \_\_\_\_\_

Ears \_\_\_\_\_

Eyes \_\_\_\_\_

Nose \_\_\_\_\_

Throat \_\_\_\_\_

Mouth \_\_\_\_\_

Teeth \_\_\_\_\_

Neck \_\_\_\_\_

Chest \_\_\_\_\_

Cardiac \_\_\_\_\_

Peripheral Vascular \_\_\_\_\_

Respiratory \_\_\_\_\_

Abdomen \_\_\_\_\_

Genitalia \_\_\_\_\_

Lymphatic \_\_\_\_\_

Musculoskeletal \_\_\_\_\_

Scoliosis \_\_\_\_\_

Neurologic \_\_\_\_\_

Physically fit to participate in physical education program? (circle)      yes      no  
Physically fit to participate in competitive sports? (circle)      yes      no  
Activity restrictions? \_\_\_\_\_ Duration? \_\_\_\_\_ none

**(Doctor's note is required for any activity restrictions stating restriction and duration)**

Date of exam \_\_\_\_\_ Physician's signature \_\_\_\_\_

Office phone \_\_\_\_\_ Printed physician's name \_\_\_\_\_

**Important: Physical exams and waivers for all school sports, including cheerleading, must be done annually before the first day of practice and not before April 1 of the start of the upcoming school year.**

## **Elkhart Community Schools Athletic Waiver for Grades 7 or 8**

Student Name: \_\_\_\_\_

Birthdate: \_\_\_\_\_

School \_\_\_\_\_

**Rules:** To participate in inter-scholastic athletics, a student must have an athletic physical done between April 1 and before the first practice by a physician licensed to practice medicine in Indiana. The athletic physical is valid for one calendar school year. All participants will abide by the rules and guidelines set forth by the IHSAA and Elkhart Secondary Athletics. All rules and guidelines are available upon request from the school.

Any student properly certified to participate in inter-scholastic athletics must be in attendance at school on the day of the activity and academically eligible in order to participate. In the event that the student is absent from school or unable to participate for five consecutive days, due to illness or injury, the student will provide a physician statement stating that she/he is physically able to participate in inter-scholastic athletics.

In order to provide emergency medical care in the event of an accident, and to ensure against possible financial hardship, I, as the parent/guardian, understand and agree to the following:

1. I authorize the school to contact a physician, emergency personnel, and/or hospital to request immediate treatment with the understanding that such authorization does not obligate the school or its representative to assume financial responsibility.
2. I understand that I may participate in the insurance program provided by the school, at a low cost.
3. I understand that if I choose not to participate in the school insurance program, and I do not have my own private or group policy, that I will be responsible for any and all medical and hospital expenses incurred from participation in athletic activities.
4. I prefer the following insurance protection for my student athlete: **(please mark one)**  
 The school applications are available in school office.  
 My private or group policy.  
 Neither of the above. I will assume financial responsibility for all expenses.
5. I will not hold school authorities responsible in case of accident or injury as a result of this participation.

**Parent, please sign below acknowledging the above and giving your student permission to participate.**

Parent Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

**Student, please sign below agreeing to abide by the ISHAA and Elkhart Secondary Athletic rules.**

Student Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

**Importante: los exámenes físicos y las renunciaciones voluntarias para todos los deportes escolares, incluyendo cheerleading, deben ser llevados a cabo anualmente antes del primer día o primera práctica del año escolar y no antes del 1 de abril del principio del año escolar próximo.**

## **Examen Físico para Atletas y Liberación de Responsabilidad de la Escuelas de la Comunidad de Elkhart - Grados 7 u 8**

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_

Reglas: Para poder participar en atletismo escolar, un estudiante debe ir a que le hagan un examen físico entre el 1 de abril y la fecha anterior a su primera práctica del año escolar. Este examen físico debe hacerlo un doctor del estado de Indiana. El examen físico es válido por un año escolar entero. Todos los participantes tendrán que seguir las reglas establecidas por la IHSAA y por la oficina de Atletismo de las escuelas Secundarias de Elkhart. Todas las reglas están disponibles en la escuela si usted las pide verlas.

Todos los estudiantes que estén apropiadamente certificados para participar en atletismo escolar, tienen que estar presentes en la escuela el día que tenga lugar la actividad y debe ser elegible académicamente para poder participar. En caso de que el estudiante estuviera ausente o de que no pudiera participar por cinco días consecutivos, debido a una enfermedad o a una lastimadura, el estudiante tendrá que presentar una nota del doctor que explique que ella o él está lista/o para participar en atletismo escolar.

Para poder darle atención médica de emergencia en caso de que ocurriera un accidente, y para tener la seguridad de que los padres no tendrán problemas de dinero a consecuencia de esto, yo, en calidad del padre/guardián, entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. Yo autorizo a la escuela para que se ponga en contacto con un doctor, con personal de emergencia, y/o con un hospital para requerir tratamiento inmediato, en el entendimiento de que dicha autorización no obliga a la escuela ni a sus representantes a asumir la responsabilidad financiera que esto implique.
2. Yo entiendo que yo puedo participar en el programa de seguro medico que ofrece la escuela a bajo costo.
3. Yo entiendo que si yo decido no participar en el programa de seguro médico de la escuela, y que si no tengo mi propio seguro médico personal, yo seré responsable de todos y cada uno de los gastos médicos y/o de hospital que resulten de la participación de mi hijo/a en actividades atléticas.
4. Yo prefiero uno de los siguientes seguros médicos para mi hijo/a que es atleta: **(marque sólo una opción)**  
 El Programa de la Escuela (disponible durante todo el año escolar)  
 Mi seguro médico personal  
 Ninguno de los anteriores. Yo me haré cargo de pagar todos los gastos.
5. En caso de que mi hijo/a sufriera un accidente, una lesión o una herida como resultado de su participación en atletismo escolar, yo no haré responsable a las autoridades escolares.

**Padre de familia, por favor firme abajo en señal de que usted acepta todo lo que se especifica en este document y para darle permiso a su hijo/a para participar en atletismo escolar.**

Firma del Padre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Estudiante, firma abajo en señal de que estás de acuerdo en seguir las reglas establecidas por la ISHAA y por la oficina de Atletismo de las escuelas Secundarias de Elkhart.**

Firma del Estudiante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_