



Rochester City School District
Department of Health, Physical Education, & Athletics
Department of Student Health Services
Medical Requalification & Parent/Guardian Consent Form

School Attending: _____
Desired Sport: _____
Desired Level: Modified Freshman JV Varsity

Student Name: _____	Gender: M F Birthdate: _____ Age: _____
Name of Parent/Guardian: _____	Parent/Guardian Phone Number: _____
Name of Emergency Contact: _____	Emergency Contact Phone Number: _____
Address & Zip: _____	Grade: _____ Date Entered Grade 9: _____
Name of Physician & Health Center: _____	Date of Last Physical: _____

Student Athlete: You must requalify with the school nurse no earlier than 30 prior or 14 days after the first day of practice. Please bring this completed and signed form, documentation of a current physical examination, if not already provided, and your glasses or contacts, inhaler, epinephrine injector, MD orders, or any other medical requirements indicated on your current physical examination.

	Yes	No		Yes	No
1. Have you had a medical illness, injury, or new diagnosis since your last physical?	☐	☐	16. Do you have any vision problems or wear glasses, contacts, or protective eyewear?	☐	☐
2. Has a physician ever restricted or denied your participation in sports for any reason?	☐	☐	17. Have you ever had a hernia or other serious abdominal problems?	☐	☐
3. Have you ever been hospitalized overnight or had a surgery?	☐	☐	18. Do you have diabetes or other metabolic problems?	☐	☐
4. Do you have any life-threatening allergies or medical conditions?	☐	☐	19. Have you ever had a broken or fractured bone, dislocated joint, or stress fracture?	☐	☐
5. Are you currently taking or using any prescription or over-the-counter medications, including an inhaler?	☐	☐	20. Have you ever had any injuries to a bone, muscle, ligament, or tendon, or joint or other orthopedic problems?	☐	☐
6. Do you have chest pain, dizziness, fainting, or irregular heartbeats during or after exercise?	☐	☐	21. Do you regularly use a brace, orthotics, or other protective or assistive equipment?	☐	☐
7. Has a family member or relative died of heart problems or of sudden death before age 50?	☐	☐	22. Do you regularly lose weight to control or meet weight for your sport?	☐	☐
8. Have you had mononucleosis, myocarditis, or other severe viral infections in the last six months?	☐	☐	23. Have you had an unexpected weight loss or gain in the last six months?	☐	☐
9. Are you missing a kidney, an eye, a testicle, or any other organ?	☐	☐	24. Are you currently following any particular diet to control or reduce weight?	☐	☐
10. Do you have anemia, bleeding problems, or any other blood-related problems?	☐	☐	25. Are you currently using vomiting, laxatives, diet supplements, or excessive exercise to control or reduce weight?	☐	☐
11. Do you have or have you ever had seizures, a head injury or concussion, or any other neurological problems?	☐	☐	26. Do you have a history of eating disorders?	☐	☐
12. Have you ever had heat cramps, heat exhaustion, heat stroke, or other temperature regulation problems?	☐	☐	27. Do you take or use any supplements or drugs to improve your performance?	☐	☐
13. Do you have asthma or cough, wheeze, or have trouble breathing during or after exercise?	☐	☐	28. Do you currently have any medical concerns that you would like to discuss with your doctor?	☐	☐
14. Do you have any rashes, sores, or other skin problems?	☐	☐	29. Date of last tetanus vaccination: _____		
15. Do you have any hearing problems or use hearing aids?	☐	☐			
Females:			Explain "Yes" answers below:		
30. Have you had your first period? If so, at what age? _____	☐	☐	_____		
31. When was your most recent menstrual period? _____			_____		
32. Has there been a recent change in your menstrual patterns?	☐	☐	_____		
33. Is your period less than 21 days or more than 35 days apart?	☐	☐	_____		

Parent or Guardian: My signature below indicates the following: 1) I have correctly completed the questions above with my student, and to the best of my knowledge, there is no medical reason that should exclude him/her from athletic participation. 2) I give permission for my student to participate in athletics, and if necessary, for my student to receive medical evaluation and treatment to ensure his/her health, safety, and well-being. 3) I understand that if my student requires medical attention from his/her physician or another medical professional, he/she must provide documentation of a clearance given from the physician or medical professional prior to returning to physical education and athletics. 4) In the event that I cannot be reached, I authorize the RCSd staff to act on my behalf and at my expense according to his/her best judgment in any emergency requiring medical or surgical care for my child. I authorize the selected physician to use his/her medical judgment to order/secure necessary treatment for my child, including, but not limited to surgery or hospitalization. I understand that every reasonable effort will be made to reach me should an emergency arise.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

School Nurse:

- ☐ The above student is qualified to participate in athletics.
☐ With requirements: _____

School Nurse Signature: _____

Date: _____

Date of Last Physical: _____



Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester
Departamento de Salud, Educación Física y Atletismo
Departamento de Servicios de Salud para Estudiantes
Recualificación Médica y Formulario de Consentimiento de Padres / Guardianes

Escuela: _____
Deporte deseado: _____
Nivel deseado: Modificado Juvenil JV Varsity

Nombre: _____	Género: M F	Fecha de Nacimiento: _____	Edad: _____
Nombre de Padre / Encargado: _____		Teléfono: _____	
Contacto de Emergencia: _____		Teléfono: _____	
Dirección & Código Postal: _____		Grado: _____	Fecha de entrada al Grado 9: _____
Médico Primario & Centro de Salud: _____		Fecha del Último Examen Físico: _____	

Estudiante Atleta: Usted debe recalificar con la enfermera de la escuela no antes de 30 días antes o 14 días después del primer día o práctica. Por favor, traiga este formulario completado y firmado, la documentación de un examen físico actual, también sus espejuelos o contactos, inhalador, inyector de epinefrina, órdenes del doctor o cualquier otro requisito médico indicado en su examen físico actual.

	SI	No		SI	No
1. ¿Ha sufrido alguna enfermedad médica, lesión o un nuevo diagnóstico desde su último examen físico?	☐	☐	16. ¿Tiene algún problema de visión o usa espejuelos, contactos o gafas protectoras?	☐	☐
2. ¿Ha restringido algún médico o negado su participación en deportes por alguna razón?	☐	☐	17. ¿Ha tenido alguna vez una hernia u otros problemas abdominales graves?	☐	☐
3. ¿Alguna vez ha sido hospitalizado durante la noche o ha tenido una cirugía?	☐	☐	18. ¿Tiene diabetes u otros problemas metabólicos?	☐	☐
4. ¿Tiene alguna alergia o condiciones médicas que ponen su vida en peligro?	☐	☐	19. ¿Ha tenido alguna vez un hueso roto o fracturado, una articulación dislocada o una fractura por estrés?	☐	☐
5. ¿Está tomando actualmente o usando algún medicamento recetado o sin receta, incluyendo un inhalador?	☐	☐	20. ¿Ha sufrido alguna vez lesiones en un hueso, músculo, ligamento o tendón, o problemas articulares u otros problemas ortopédicos?	☐	☐
6. ¿Tiene dolor de pecho, mareos, desmayos o latidos cardíacos irregulares durante o después del ejercicio?	☐	☐	21. ¿Utiliza regularmente un aparato ortodóncico u otro equipo protector o de ayuda?	☐	☐
7. ¿Ha muerto algún familiar o pariente de problemas cardíacos o de muerte súbita antes de los 50 años?	☐	☐	22. ¿Pierde peso regularmente para controlar o cumplir con el peso de su deporte?	☐	☐
8. ¿Ha tenido mononucleosis, miocarditis u otras infecciones virales graves en los últimos seis meses?	☐	☐	23. ¿Ha tenido una pérdida o ganancia de peso inesperada en los últimos seis meses?	☐	☐
9. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo o cualquier otro órgano?	☐	☐	24. ¿Está actualmente siguiendo alguna dieta en particular para controlar o reducir el peso?	☐	☐
10. ¿Tiene anemia, problemas de sangrado o cualquier otro problema relacionado con la sangre?	☐	☐	25. ¿Usa actualmente vómitos, laxantes, suplementos dietéticos o ejercicios excesivos para controlar o reducir el peso?	☐	☐
11. ¿Tiene o ha tenido alguna vez convulsiones, una lesión en la cabeza o una conmoción cerebral, o cualquier otro problema neurológico?	☐	☐	26. ¿Tiene antecedentes de trastornos alimenticios?	☐	☐
12. ¿Ha tenido alguna vez calambres de calor, agotamiento por calor, golpe de calor u otros problemas de regulación de la temperatura?	☐	☐	27. ¿Toma o usa suplementos o medicamentos para mejorar su desempeño?	☐	☐
13. ¿Tiene asma o tos, sibilancias o tiene dificultad para respirar durante o después del ejercicio?	☐	☐	28. ¿Tiene actualmente alguna preocupación médica que le gustaría discutir con su médico?	☐	☐
14. ¿Tiene alguna erupción cutánea, llagas u otros problemas de la piel?	☐	☐	29. Fecha de la última vacuna contra el tétanos: _____		
15. ¿Tiene problemas auditivos o usa audífonos?	☐	☐			

Mujeres:

30. ¿Ha tenido su primera menstruación? Si es así, ¿a qué edad? _____	☐	☐	_____
31. ¿Cuándo fue el período menstrual más reciente? _____	☐	☐	_____
32. ¿Ha habido un cambio reciente en sus patrones menstruales? _____	☐	☐	_____
33. ¿Es su período menos de 21 días o más de 35 días de diferencia? _____	☐	☐	_____

Explique las respuestas de "SI" a continuación:

Padre o Guardián: Mi firma a continuación indica lo siguiente: 1) He completado correctamente las preguntas anteriores con mi estudiante y, hasta donde yo sé, no hay razón médica que debería excluirlo de la participación atlética. 2) Yo doy permiso para que mi estudiante participe en atletismo y, si es necesario, para que mi estudiante reciba evaluación médica y tratamiento para asegurar su salud, seguridad y bienestar. 3) Entiendo que, si mi estudiante requiere atención médica de su médico u otro profesional médico, él / ella debe proporcionar documentación de una autorización dada por el médico o profesional médico antes de regresar a participar en educación física y atletismo. 4) En el caso de que no pueda ser contactado, autorizo al personal de RCSD a actuar en mi nombre y según su mejor criterio en cualquier emergencia que requiera atención médica o quirúrgica para mi hijo. Autorizo al médico seleccionado a usar su criterio médico para ordenar /asegurar el tratamiento necesario para mi hijo, incluyendo, pero no limitado a cirugía o hospitalización. Entiendo que se hará todo esfuerzo razonable para contactarme en caso de emergencia.

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

Enfermera Escolar:

- ☐ El estudiante está calificado para participar en atletismo.
☐ Con requisitos _____

Firma de la Enfermera: _____

Fecha: _____

Fecha de Último Examen Físico: _____