

**AUSTIN INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT (AISD)  
2026-2027 MEDICAL HISTORY & PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION FORM**

SCHOOL (26-27)

LAST NAME: \_\_\_\_\_ FIRST NAME: \_\_\_\_\_ SEX: \_\_\_\_\_ DATE OF BIRTH: \_\_\_\_\_ STUDENT ID #: \_\_\_\_\_ GRADE (26-27): \_\_\_\_\_

ADDRESS: \_\_\_\_\_ CITY: \_\_\_\_\_ ZIP CODE: \_\_\_\_\_ PHONE: \_\_\_\_\_

EMERGENCY CONTACT: NAME: \_\_\_\_\_ PHONE: \_\_\_\_\_ RELATIONSHIP TO STUDENT: \_\_\_\_\_

*THIS FORM MUST BE ON FILE PRIOR TO PARTICIPATION IN ANY PRACTICE, SCRIMMAGE, PERFORMANCE, OR CONTEST BEFORE, DURING, OR AFTER SCHOOL, INCLUDING AN ATHLETIC PERIOD.*

**PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION -- MEDICAL HISTORY**

**PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION - PHYSICAL EXAMINATION**

- Explain "Yes" answers in the box below\*\*. Circle questions you don't know the answers to.*
- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                          |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>1</b> Have you had a medical illness or injury since your last check up or physical?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>2</b> Have you been hospitalized overnight in the past year?<br>Have you ever had surgery?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>3</b> Have you ever had prior testing for the heart ordered by a physician?<br>Have you ever had chest pain during or after exercise?<br>Do you get tired more quickly than your friends do during exercise?<br>Have you ever had racing of your heart or skipped heartbeats?<br>Have you had high blood pressure or high cholesterol?<br>Have you ever been told you have a heart murmur?<br>Has any family member or relative died of heart problems or of sudden unexpected death before age 50?<br>Has any family member been diagnosed with enlarged heart, (dilated cardiomyopathy), hypertrophic cardiomyopathy, long QT syndrome or other ion channelopathy (Brugada syndrome, etc), Marfan's syndrome, or abnormal heart rhythm?<br>Have you had a severe viral infection (ex: myocarditis or mononucleosis) within the last month?<br>Has a physician ever denied or restricted your participation in activities for any heart problems? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>4</b> Have you ever had a head injury or concussion?<br>Have you ever been knocked out, become unconscious, or lost your memory?<br>If yes, how many times? _____<br>When was your last concussion? _____<br>How severe was each one? (Explain below)<br>Have you ever had a seizure?<br>Do you have frequent or severe headaches?<br>Have you ever had numbness or tingling in your arms, hands, legs or feet?<br>Have you ever had a stinger, burner, or pinched nerve?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>5</b> Are you missing any paired organs?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>6</b> Are you under a doctor's care for a specific illness, injury, or medical condition?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>7</b> Are you currently taking any prescription or non-prescription (over-the-counter) medication/pills?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>8</b> Do you have any allergies (ex: to pollen, medicine, food, or stinging insects)?<br>Do you have seasonal allergies that require medical treatment?<br>Is an epipen required?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>9</b> Have you ever been dizzy during or after exercise?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>10</b> Do you have any current skin problems (ex: itching, rashes, acne, warts, fungus, or blisters)?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>11</b> Have you ever become ill from exercising in the heat?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>12</b> Have you had any problems with your eyes or vision?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>13</b> Have you ever gotten unexpectedly short of breath with exercise?<br>Do you have asthma?<br>Are you prescribed an inhaler?<br>Do you use any special protective or corrective equipment or devices that aren't usually used for your activity or position (ex: knee brace, special neck roll, foot orthotics, retainer on your teeth, hearing aid)?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>14</b> Have you ever had a sprain, strain, or swelling after injury?<br>Have you broken or fractured any bones or dislocated any joints?<br>Have you had any other problems with pain or swelling in muscles, tendons, bones, or joints?<br>If yes, check appropriate box and explain below:<br>__Head __Elbow __Hip __Neck __Forearm __Thigh __Back __Wrist __Knee<br>__Chest __Hand __Shin/Calf __Shoulder __Finger __Ankle __Upper Arm __Foot                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>15</b> Do you want to weigh more or less than you do now?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>17</b> Do you feel stressed out?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>18</b> Have you ever been diagnosed with or treated for sickle cell trait or sickle cell disease?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>19</b> Do you have any other medical conditions not previously mentioned (ex: diabetes, thyroid disease, immune disorders, bleeding disorder, ADHD, mental health disorder, etc)?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

All students participating in athletics, marching band, cheerleading, drill team, and dance will be required to obtain a new physical exam dated after April 15, 2026 prior to participating in any practice or activity for the 2026-2027 school year.

| MEDICAL                                                                              | NORMAL | ABNORMAL FINDINGS | INITIALS |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------|----------|
| 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 pulse                                                          |        |                   |          |
| Pulses                                                                               |        |                   |          |
| Lungs                                                                                |        |                   |          |
| Abdomen                                                                              |        |                   |          |
| Genitalia (males only) if indicated                                                  |        |                   |          |
| Skin                                                                                 |        |                   |          |
| MUSCULOSKELETAL                                                                      | NORMAL | ABNORMAL FINDINGS | INITIALS |
| Neck                                                                                 |        |                   |          |
| Back                                                                                 |        |                   |          |
| Shoulder/Arm                                                                         |        |                   |          |
| Elbow/Forearm                                                                        |        |                   |          |
| Wrist/Hand                                                                           |        |                   |          |
| Hip/Thigh                                                                            |        |                   |          |
| Knee                                                                                 |        |                   |          |
| Leg/Ankle                                                                            |        |                   |          |
| Foot                                                                                 |        |                   |          |
| Marfan's Stigmata (arachnodactyly, pectus excavatum, joint hypermobility, scoliosis) |        |                   |          |

Females Only I choose not to provide written information on Question 20 but will discuss with a medical professional

When was your first menstrual period? \_\_\_\_\_  
When was your most recent menstrual period? \_\_\_\_\_  
**20** How much time do you usually have from the start of one period to the start of another? \_\_\_\_\_  
How many periods have you had in the last year? \_\_\_\_\_  
What was the longest time between periods in the last year? \_\_\_\_\_

Males Only I choose not to provide written information on Question 21 but will discuss with a medical professional

**21** Are you missing a testicle \_\_\_\_\_ Do you have any testicular swelling or masses? \_\_\_\_\_

**OPTIONAL: An electrocardiogram (ECG) is not required.**  
 **By marking this box, I choose to obtain an ECG for my student. I understand it is the responsibility of my family to schedule and pay for such an ECG. I have read and understood the information about cardiac screening on the UIL Sudden Cardiac Arrest Awareness Form.**

**EXPLAIN 'YES' ANSWERS IN THE BOX BELOW (attach another sheet if necessary):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Height \_\_\_\_\_ Weight \_\_\_\_\_ %Body Fat (opt) \_\_\_\_\_ BP \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(brachial blood pressure while sitting)

Vision R 20/ \_\_\_\_\_ L20/ \_\_\_\_\_ Corrected: Y N Pupils: Equal or Unequal Pulse \_\_\_\_\_

**CLEARANCE (Please check one)**

Cleared (No restrictions)

Cleared **AFTER** completing evaluation/rehabilitation for: \_\_\_\_\_

**Not cleared for:** \_\_\_\_\_

Reasons: \_\_\_\_\_  
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 Exam: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_  
Signature: \_\_\_\_\_  
*Austin ISD requires that each participant to have an annual physical dated after April 15, 2026 to be eligible for the 2627 school year.*

*It is understood that even though protective equipment is worn by athletes, whenever needed, the possibility of an accident still remains. Neither the University Interscholastic League nor the school assumes any responsibility in case an accident occurs. If, in the judgment of any representative of the school, the above student should need immediate care and treatment as a result of any injury or sickness, I do hereby request, authorize, and consent to such care and treatment as may be given said student by any physician, athletic trainer, nurse or school representative. I do hereby agree to indemnify and save harmless the school and any school or hospital representative from any claim by any person on account of such care and treatment of said student. If, between this date and the beginning of participation, any illness or injury should occur that may limit this student's participation, I agree to notify the school authorities of such illness or injury.*

**\*\*\* FINAL STEPS \*\*\***

Submit this completed physical form online and complete all other required electronic forms at

[AUSTINISD.RANKONE.COM](http://AUSTINISD.RANKONE.COM)



I hereby state that, to the best of my knowledge, my answers to the above questions are complete and correct. Failure to provide truthful responses could subject the student in question to penalties determined by the UIL.

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

**Parent/Guardian Signature:** \_\_\_\_\_

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

**THIS FORM MUST BE ON FILE PRIOR TO PARTICIPATION IN ANY PRACTICE, SCRIMMAGE, PERFORMANCE, OR CONTEST BEFORE, DURING OR AFTER SCHOOL**

**DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE AUSTIN (AISD)  
2026-2027 FORMA DE PREPARTICIPACIÓN**

ESCUELA (26-27)

APELLIDO, NOMBRE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ ID DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA: NOMBRE: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_ RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

ESTE FORMULARIO DEBE ESTAR ARCHIVO ANTES DE PARTICIPAR EN CUALQUIER PRÁCTICA, JUEGO, PRESENTACIÓN O COMPETENCIA ANTES, DURANTE O DESPUÉS DE LA ESCUELA, INCLUYENDO UN PERIODO DEPORTIVO.

| EVALUACIÓN FÍSICA PREPARTICIPACIÓN – HISTORIA MÉDICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                   | YES                      | NO                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <i>Explique las respuestas "SI" en el cuadro a continuación**</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |                          |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ¿Ha tenido una enfermedad o lesión médica desde su último chequeo o examen físico?                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ¿Ha estado hospitalizado durante la noche durante el último año?                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ¿Alguna vez te han operado?                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ¿Alguna vez le han realizado pruebas del corazón ordenadas por un médico?                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ¿Alguna vez ha tenido dolor en el pecho durante o después del ejercicio?                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ¿Te cansas más rápido que tus amigos durante el ejercicio?                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ¿Alguna vez ha tenido el corazón acelerado o se le han saltado los latidos?                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ¿Ha tenido presión arterial alta o colesterol alto?                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ¿Alguna vez te han dicho que tienes un soplo cardíaco?                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ¿Algún familiar o pariente ha muerto por problemas cardíacos o por muerte súbita e inesperada antes de los 50 años?                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ¿Algún miembro de la familia ha sido diagnosticado con agrandamiento del corazón (miocardiopatía dilatada), miocardiopatía hipertrófica, síndrome de QT largo u otra canalopatía iónica (síndrome de Brugada, etc.), síndrome de Marfan o ritmo cardíaco anormal? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ¿Ha tenido una infección viral grave (por ejemplo, miocarditis o mononucleosis) en el último mes?                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ¿Alguna vez un médico le ha negado o restringido su participación en actividades por algún problema cardíaco?                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ¿Alguna vez ha tenido una lesión en la cabeza o una conmoción cerebral?                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ¿Alguna vez ha quedado inconsciente, ha perdido el conocimiento o ha perdido la memoria?                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | En caso afirmativo, ¿cuántas veces? _____                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ¿Cuándo fue su última conmoción cerebral? _____                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ¿Qué tan grave fue cada uno? (Explique a continuación)                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ¿Alguna vez ha tenido una convulsión?                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes o intensos?                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ¿Alguna vez ha tenido entumecimiento u hormigueo en brazos, manos, piernas o pies?                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ¿Alguna vez ha tenido un aguijón, un ardor o un nervio pinzado?                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ¿Te falta algún órgano emparejado?                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ¿Está usted bajo atención médica por una enfermedad, lesión o afección médica específica?                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ¿Está usted tomando actualmente algún medicamento o pastilla con o sin receta (sin receta)?                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ¿Tiene alguna alergia (por ejemplo, al polen, a medicamentos, a alimentos o a insectos que pican)?                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ¿Tiene alergias estacionales que requieren tratamiento médico?                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ¿Se requiere un epipen?                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ¿Alguna vez se ha sentido mareado durante o después del ejercicio?                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ¿Tiene algún problema cutáneo actual (por ejemplo, picazón, sarpullido, acné, verrugas, hongos)?                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ¿Alguna vez te has enfermado por hacer ejercicio en el calor?                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ¿Has tenido algún problema con tus ojos o tu visión?                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ¿Alguna vez te ha faltado el aire inesperadamente al hacer ejercicio?                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ¿Tienes asma?                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ¿Le recetaron un inhalador?                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ¿Utiliza algún equipo o dispositivo especial de protección o corrección que no se utiliza habitualmente para su actividad o posición (por ejemplo: rodillera, soporte especial para el cuello, ortesis para los pies, retenedor en los dientes, audífono)?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ¿Alguna vez ha tenido un esguince, una distensión o una hinchazón después de una lesión?                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ¿Se ha roto o fracturado algún hueso o se ha dislocado alguna articulación?                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ¿Ha tenido otros problemas de dolor o hinchazón en músculos, tendones, huesos o articulaciones?                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | En caso afirmativo, marque la casilla correspondiente y explique a continuación:                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | _____ Cabeza _____ Codo _____ Cadera _____ Cuello _____ Antebrazo _____ Muslo _____ Espalda _____ Muñeca _____ Rodilla<br>_____ Pecho _____ Mano _____ Espinilla/Pantorrilla _____ Hombro _____ Dedo _____ Tobillo _____ Brazo _____ Pie                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ¿Quieres pesar más o menos que ahora?                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ¿Te sientes estresado?                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ¿Alguna vez le han diagnosticado o tratado el rasgo de células falciformes o la enfermedad de células falciformes?                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ¿Tiene alguna otra afección médica no mencionada anteriormente (por ejemplo, diabetes, enfermedad de la tiroides, trastornos inmunológicos, trastornos hemorrágicos, TDAH, trastornos de salud mental, etc.)                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sólo mujeres Elijo no proporcionar información escrita sobre la Pregunta 20, pero la discutiré con un profesional médico. <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ¿Cuándo fue tu primera menstruación? _____                                                                                                                                                                                                                        |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ¿Cuándo fue su período menstrual más reciente? _____                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ¿Cuánto tiempo sueles tener desde el inicio de un período hasta el inicio de otro? _____                                                                                                                                                                          |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ¿Cuántos períodos has tenido en el último año? _____                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ¿Cuál fue el tiempo más largo entre períodos en el último año? _____                                                                                                                                                                                              |                          |                          |
| Solo hombres Elijo no proporcionar información escrita sobre la Pregunta 21, pero la discutiré con un profesional médico. <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |                          |
| 21                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ¿Le falta un testículo? _____ ¿Tiene alguna hinchazón o masa testicular? _____                                                                                                                                                                                    |                          |                          |
| <b>OPCIONAL: No es necesario un (ECG) electrocardiograma.</b><br><input type="checkbox"/> Al marcar esta casilla, elijo obtener un ECG para mi estudiante. Entiendo que es responsabilidad de mi familia programar y pagar dicho ECG. He leído y comprendido la información sobre exámenes cardíacos en el Formulario de certificación sobre paro cardíaco súbito de la UIL. |                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |                          |
| EXPLIQUE LAS RESPUESTAS "SI" EN EL CUADRO A CONTINUACIÓN (adjunte otra hoja si es necesario):                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |                          |

| PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION - PHYSICAL EXAMINATION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |                     |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------------------|----------|
| All students participating in athletics, marching band, cheerleading, drill team, and dance will be required to obtain a new physical exam <b>dated after April 15, 2026</b> prior to participating in any practice or activity for the 2026-2027 school year.                                                                                                                  |        |                     |          |
| MEDICAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | NORMAL | ABNORMAL FINDINGS   | INITIALS |
| 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 pulse                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |                     |          |
| Pulses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |        |                     |          |
| Lungs                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |                     |          |
| Abdomen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |                     |          |
| Genitalia (males only) if indicated                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |        |                     |          |
| Skin                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |        |                     |          |
| MUSCULOSKELETAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | NORMAL | ABNORMAL FINDINGS   | INITIALS |
| Neck                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |        |                     |          |
| Back                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |        |                     |          |
| Shoulder/Arm                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        |                     |          |
| Elbow/Forearm                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |                     |          |
| Wrist/Hand                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        |                     |          |
| Hip/Thigh                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |        |                     |          |
| Knee                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |        |                     |          |
| Leg/Ankle                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |        |                     |          |
| Foot                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |        |                     |          |
| Marfan's Stigmata (arachnodactyly, pectus excavatum, joint hypermobility, scoliosis)                                                                                                                                                                                                                                                                                            |        |                     |          |
| Height _____ Weight _____ %Body Fat (opt) _____ BP _____ / _____ / _____<br>(brachial blood pressure while sitting)                                                                                                                                                                                                                                                             |        |                     |          |
| Vision R 20/ _____ L20/ _____ Corrected: Y N Pupils: Equal or Unequal Pulse _____                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        |                     |          |
| CLEARANCE (Please check one)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        |                     |          |
| <input type="checkbox"/> Cleared (No restrictions)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |        |                     |          |
| <input type="checkbox"/> Cleared <b>AFTER</b> completing evaluation/rehabilitation for: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |                     |          |
| <input type="checkbox"/> <b>Not cleared for:</b> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |        |                     |          |
| Reasons: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |        |                     |          |
| 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 Exam: _____ |          |
| Address: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |        | Phone Number: _____ |          |
| Signature: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |        |                     |          |
| *Austin ISD requiere que cada participante tenga un examen físico anual con fecha posterior al 15 de abril de 2026 para ser elegible para el año escolar 2027.                                                                                                                                                                                                                  |        |                     |          |

Se entiende que, aunque los deportistas utilicen equipo de protección siempre que sea necesario, sigue existiendo la posibilidad de que se produzca un accidente. Ni la Liga Interscholar Universitaria ni el colegio asumen responsabilidad alguna en caso de que ocurra un accidente. Si, a juicio de cualquier representante de la escuela, el estudiante mencionado anteriormente necesita atención y tratamiento inmediatos como resultado de cualquier lesión o enfermedad, por la presente solicito, autorizo y consiento la atención y el tratamiento que pueda brindarle a dicho estudiante cualquier médico, entrenador deportivo, enfermera o representante de la escuela. Por la presente acepto indemnizar y salvar a la escuela y a cualquier representante de la escuela u hospital de cualquier reclamo por parte de cualquier persona a causa de dicha atención y tratamiento de dicho estudiante. Si, entre esta fecha y el comienzo de la participación, ocurriera alguna enfermedad o lesión que pueda limitar la participación de este estudiante, acepto notificar a las autoridades escolares de dicha enfermedad o lesión.

Por la presente declaro que, a mi leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas. No proporcionar respuestas veraces podría someter al estudiante en cuestión a sanciones determinadas por la UIL.

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

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

Fecha: \_\_\_\_\_

**ESTE FORMULARIO DEBE ESTAR ARCHIVO ANTES DE PARTICIPAR EN CUALQUIER PRÁCTICA, JUEGO, PRESENTACIÓN O CONCURSO ANTES, DURANTE O DESPUÉS DE LA ESCUELA**

\*\*\* PASOS FINALES \*\*\*

Envíe este formulario físico completo en línea y complete todos los demás formularios electrónicos requeridos en [AUSTINISD.RANKONE.COM](http://AUSTINISD.RANKONE.COM)

