

BREWSTER CENTRAL SCHOOL DISTRICT ATHLETIC HEALTH HISTORY

Parent/ Guardian **ONLY** must answer **each** question and provide details to any **yes** answer.

If medication is required, appropriate orders must be provided each school year.

Student Name:

Date of Birth

Grade:

Note: Final medical clearance for sports participation is granted by the District Chief Medical Officer.

ATHLETIC HEALTH HISTORY

Parent/ Guardian **ONLY** must answer **each** question and provide details to any **yes** answer.

If medication is required, appropriate orders must be provided each school year.

Question	Yes / No	Question	Yes / No
Has a healthcare provider ever restricted his/her participation in sports for any reason?		Has s/he ever had an injury to a bone, muscle or joint?	
Does s/he have Asthma?		Does s/he have a life threatening allergy?	
Does s/he have Diabetes?		Does s/he have a life threatening allergy to tree nuts?	
Does s/he have Insulin Pump?		Does s/he have a life threatening allergy to peanuts?	
Does s/he have Seizures?		Does s/he have a life threatening allergy to seafood/shellfish?	
Does s/he have Sickie Cell?		Does s/he have a life threatening allergy to latex?	
Does s/he have medical conditions not listed? If yes, please provide details below.		Does s/he have a life threatening allergy to bees/insects?	
Does s/he take daily medications?		Does s/he have an allergy to medication?	
Has s/he ever passed out during or after exercise?		Does s/he have an allergy not listed above? (other) If yes, please provide details below.	
Has s/he ever become ill when exercising in hot weather?		Does s/he have an Epipen?	
Has s/he ever complained of chest pain, tightness or pressure during or after exercise?		Has s/he ever complained of being more tired or short of breath than others?	
Has s/he ever complained of lightheadedness or dizziness during or after exercise?		Does s/he cough or wheeze frequently during or after exercise?	
Has s/he ever complained of fluttering in their chest, skipped beats, or their heart racing or does s/he have a pacemaker?		Has a healthcare provider said s/he has asthma?	
Has a healthcare provider ever ordered a test for his/her heart? (ex. EKG, echocardiogram, stress test)		Does s/he use an inhaler or nebulizer?	
Has s/he been told s/he has a heart condition or problem?		Has s/he ever had a hit to the head that caused a headache, dizziness, nausea or confusion?	
Has s/he ever had high or low blood pressure?		Has s/he ever been told s/he had a concussion?	
Has s/he ever been treated in an ER/Urgent Care or spent a night in the hospital?		Has s/he ever been told s/he has a blood disorder?	

Has s/he ever had surgery?

Does s/he require any protective equipment?

Does s/he require a brace, or other device?

Family History: Has any relative ever been diagnosed with a heart condition?

Family History: Has any relative died suddenly before the age of 50 from unknown or heart related cause?

Has the athlete been in contact with someone with diagnosed or clinically suspected COVID-19 Disease over the prior 14 days?

Does the athlete have a past history of diagnosed or clinically suspected COVID-19 disease?

Does your child have only one Kidney?

Does your child have only one Testicle?

Does your child have only one Eye?

Has your child had any illness lasting more than five (5) days this past year?

Family History: Has any relative been diagnosed with hypertrophic cardiomyopathy, Marfans Syndrome, long QT or short QT Syndrome, Brugada Syndrome or catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia?

FOR ANY "YES" ANSWER PROVIDE DETAILS AND DATES BELOW. IF NONE, WRITE NONE.

Note: A student cannot be approved for sports participation if there has been an illness, accident, injury or surgery until a medical clearance report is provided by the treating physician and received by the school health office. The District Chief Medical Officer will then review this report and give the final medical clearance for the student to participate in sports.

Student Health Examination form:

Student athletes must have a valid Student Health Examination form (including blood pressure and vision) dated *within twelve months* prior to the start of the season. However, if the student has had a physical in the month the season starts, it will be acceptable until the end of the season.

This form must be completed and signed/stamped by a health care provider. Nurse will verify information. The student may not begin practice without the required medical documentation and approval by the District Chief Medical Officer.

Medication Requirements for Athletes:

If medication is required, the appropriate Medication Orders and Independent Use and Carry Permission form must be on file if indicated. If a student may require medication during a sports event or practice, the student must have access to that medication. Medication orders must be updated each school year.

Concussion Management Information:

Please review the following links to required NYS Concussion Management Education Information:

NYS Department of Health:

NYSED:

I have reviewed the above information regarding Concussion Management

ImPACT Testing:

Permission for use of the Immediate Post-Concussion Assessment and Cognitive Testing (ImPact) test. Kindly complete even if you believe your student has been tested. Re-testing of baseline is performed every 2 years. Information of the ImPACT Management Program:

I agree to have my child ImPACT tested

IF YOU WANT TO ATTACH YOUR CHILD’S MOST RECENT MEDICAL DOCUMENTATION SCROLL TO THE BOTTOM OF THE FORM. THEN CLICK ON THE “ADD ATTACHMENT” BUTTON BEFORE YOU SUBMIT.

- IT MUST BE SIGNED AND STAMPED
 - IT MUST BE IN A PDF FORMAT (**PHOTOS/IMAGES WILL NOT BE ACCEPTED**)
- MEDICAL DOCUMENTATION WILL BE:

AFTER YOU SIGN THE FORM, YOU MUST CLICK ON THE RED “SUBMIT FORM” BUTTON.

Date: Parent Signature:

SCHOOL NURSE AND DISTRICT CHIEF MEDICAL OFFICER SECTION

Excused from Physical Ed/Sports: Medication order on file:

Physical Examination Date: Blood Pressure:

Pending Medical Issues and Comments/Reason:

Nurse's Comments for Athletic Coach:

Date: **Signature of School Nurse**

District Chief Medical Officer Assessment:

Comments to School Nurse:

Chief Medical Officer Comments for Athletic Coach:

Participation in Sport:

Date: **Signature of District Chief Medical Officer:**



Brewster Central School District

Historial de salud deportiva para participar en deportes

A ser llenado por padres/tutor SOLAMENTE.

Apellido del alumno o alumna:

Nombre del alumno o alumna:

Fecha de nacimiento

(mes-mes día-día año-año-año-año)

Sexo:

Grado:

Deporte:

Primer Padre/Madre:

N° de teléfono en el trabajo:

No. de celular

Segundo/a Padre/Madre:

N° de teléfono en el trabajo:

No. de celular

Dirección de correo electrónico:

Segunda dirección de correo electrónico (opcional):

Persona a contactar **si los padres NO están disponibles:**

Nombre:

Relación:

N° de teléfonos: (celular)

(hogar)

Nota: La autorización médica final para la participación en deportes es concedida por el Jefe Oficial Médico del Distrito.

HISTORIAL DE SALUD DEPORTIVA SÓLO un padre/madre/tutor debe responder a cada pregunta y proporcionar detalles cuando la respuesta es **sí**. Si se requiere medicación, se deberán entregar órdenes apropiadas cada año escolar.

Pregunta:	Sí/No	Pregunta:	Sí/No
¿Ha restringido alguna vez algún proveedor de la salud participación en deportes del alumno o alumna por algún motivo?		¿Ha tenido el alumno o alumna atleta una lesión en un hueso, músculo o articulación?	
¿Sufre de asma el alumno o alumna atleta?		¿Tiene una alergia potencialmente mortal ?	
¿Sufre de diabetes?		¿Tiene una alergia potencialmente mortal a los frutos secos como nueces, almendras?	
¿Tiene una bomba de insulina?		¿Tiene una alergia potencialmente mortal al maní?	
¿Tiene convulsiones?		¿Tiene una alergia potencialmente mortal al látex?	
¿Tiene anemia drepanocítica?		¿Tiene una alergia potencialmente mortal a los mariscos?	
¿Tiene una enfermedad que no aparece en la lista mencionada arriba?		¿Tiene una alergia potencialmente mortal a las abejas/insectos?	
En caso afirmativo, describa detalladamente a continuación.		¿Tiene alergia a algún medicamento?	
¿Toma medicamentos diarios?		¿Tiene alguna alergia que no ha sido mencionada más arriba? (otras) En caso afirmativo, describa detalladamente a continuación.	
¿Alguna vez se desmayó durante o después del ejercicio?		¿Tiene el alumno o alumna una inyección EpiPen?	
¿Alguna vez se enfermó al hacer ejercicio en un clima muy caluroso?		¿Alguna vez se quejó de estar más cansado o corto de aire que los demás?	
¿Alguna vez se quejó de dolor en el pecho, opresión o presión durante o después del ejercicio?		¿Tose o tiene respiración sibilante frecuentemente durante o después del ejercicio?	
¿Alguna vez se quejó de palpitaciones del corazón, latidos saltados, corazón acelerado o tiene un marcapasos?		¿Ha dicho un médico que el alumno o alumna atleta tiene asma?	
¿Alguna vez un médico prescribió estudio del corazón para el alumno o alumna? (por ejemplo, electrocardiograma (ECG), ecocardiograma, prueba de estrés)		¿Utiliza un inhalador o nebulizador?	
¿Se le ha dicho que tiene una afección o un problema cardíaca/o?		¿Alguna vez tuvo un golpe en la cabeza que causó dolor de cabeza, mareos, náuseas, confusión?	
¿Alguna vez tuvo presión arterial alta o baja?		¿Alguna vez le dijeron que tuvo una conmoción cerebral?	
Alguna vez fue tratado/a en una sala de emergencia (ER)/cuidado de urgencia o pasó una noche en el hospital?		¿Alguna vez se le dijo que tiene una afección de la sangre?	
¿Alguna vez ha sido operado/a?		¿Tiene sólo un riñón?	
¿Requiere algún equipo de protección?		¿Tiene sólo un testículo?	
¿Requiere una faja u otro dispositivo ortopédico?		¿Tiene sólo un ojo?	
Historial familiar: ¿Algún pariente ha sido alguna vez diagnosticado con una enfermedad cardíaca?		¿Ha tenido alguna enfermedad que durara más de cinco (5) días el año pasado?	
Historial familiar: ¿Algún pariente murió repentinamente antes de los 50 años de edad por causa desconocida o relacionada con el corazón?		Historial familiar: ¿Algún pariente ha sido diagnosticado de miocardiopatía hipertrófica, síndrome de Marfan, QT largo o síndrome QT corto, taquicardia brugada síndrome o catecolaminérgica polimórfica taquicardia ventricular? taquicardia brugada síndrome o catecolaminérgica polimórfica taquicardia ventricular?	

PARA CUALQUIER RESPUESTA "SI" ESCRIBA LOS DETALLES MÁS ABAJO. SI LA RESPUESTA ES NO, "ESCRIBIR NINGUNO".

Nota: Un/a alumno/a no puede ser aprobado para participar en los deportes si ha tenido una enfermedad, accidente, lesión o cirugía hasta que un informe médico que lo autoriza es entregado por el médico que lo trata y recibido por la oficina de salud escolar. El director médico del distrito luego revisará este informe y dará la última autorización médica para que el alumno o alumna participe en los deportes.

Formulario de examen médico de los alumnos:

Los alumnos atletas deben tener un formulario válido de examen de salud (**incluyendo presión arterial y visión**) con fecha que cae dentro de los *doce meses* antes del comienzo de la temporada. Sin embargo, si el alumno o alumna tuvo un examen físico en el mes cuando comienza la temporada; será aceptable hasta el final de la temporada.

Este formulario debe ser llenado, firmado y estampado por un proveedor de salud. La enfermera verificará la información. Los alumnos no pueden empezar a practicar sin la documentación médica necesaria y la aprobación de un oficial médico jefe de distrito.

Requisitos para medicaciones de los atletas:

Si se requiere medicación, las órdenes de medicación apropiada y el formulario de permiso para uso independiente y para tener medicamentos en su posesión deben estar archivadas si así está indicado. Si un/a alumno/a necesita un medicamento durante un evento deportivo o práctica, él/ella debe tener acceso a ese medicamento. Las órdenes de medicación deben actualizarse cada año escolar.

DESPUÉS DE FIRMAR EL FORMULARIO, USTED DEBE HACER CLIC EN EL BOTÓN ROJO DE "ENVIAR FORMULARIO" (SUBMIT FORM).

Fecha:

Firma del padre/la madre