



BEDMINSTER TOWNSHIP PUBLIC SCHOOL DISTRICT

234 Somerville Road
Bedminster, NJ 07921
Telephone (908) 234-0768 Fax (908) 234-2318
www.bedminsterschool.org



Adjunto encontrara el paquete de inscripcion escolar de Bedminster. Imprima el paquete A UNA SOLA CARA y devuelvalo por correo electronico at kjohnsen@bedminsterschool.org

- | | |
|--|-----------------------------|
| • Preguntas frecuentes | REQUERIDO |
| • Formulario de registro (2 páginas) | REQUERIDO (Gr. 1 through 8) |
| • Publicación de registros | OPCIONAL |
| • Formulario de cuestionario McKinney-Vento | REQUERIDO |
| • Registro Universal de Salud Infantil (2 páginas) | REQUERIDO |
| • Historial de salud (3 páginas) | REQUERIDO |

Además del paquete adjunto, se necesitan los siguientes documentos. Nos comunicaremos con usted para concertar una cita y proporcionar los originales de estos documentos.

IDENTIFICACIÓN DEL PADRE / TUTOR :

- pasaporte
- Licencia de conducir
- Identificación militar

PRUEBA DE NACIMIENTO ORIGINAL (Una de las siguientes opciones) :

- pasaporte
- Acta de nacimiento

PRUEBA (S) ORIGINAL (S) DE RESIDENCIA (Una de cada categoría) :

Categoría A

- o Factura de impuestos inmobiliarios
- o Hipoteca
- o Alquiler

Categoría B

- o Factura de servicios públicos
- o Extracto de cuenta

FÍSICO DE ESTADOS UNIDOS ESTAMPADO POR UN MÉDICO DE EE. UU.

INMUNIZACIONES ACTUALIZADAS DE UN MÉDICO DE EE. UU.

Una vez que el registrador haya visto los originales, se copiarán y se le devolverán directamente.

Haga una cita para completar el proceso de registro. Para contactar a Karna Johnsen, Registradora de la escuela, por correo electrónico: kjohnsen@bedminsterschool.org . O puede comunicarse con ella por teléfono al 908-234-0768, Extensión 202.



DISTRITO ESCOLAR DEL MUNICIPIO DE BEDMINSTER

Preguntas frecuentes



¿Es Bedminster School un "distrito escolar único"?

Si. Somos un distrito escolar de prekindergarten a octavo y un distrito que envía a la escuela secundaria Bernards, Bernardsville, NJ en el distrito escolar de Somerset Hills.

¿Cuáles son los horarios de la escuela?

La escuela comienza a las 8:50 a. m. y termina a las 3:20 p. m. Ningún estudiante debe llegar antes de las 8:40 a. m. a menos que inscritos en una actividad que requiere que estén aquí antes del comienzo de la escuela, o a menos que estén inscritos en el programa de cuidado previo. Ningún estudiante permanecerá en las instalaciones después del cierre de la escuela a menos que participando en una de nuestras actividades extracurriculares o inscritos en el programa de cuidado extracurricular.

¿Tiene un programa de cuidado antes y después?

En este momento, no hay atención previa. El cuidado después de clases se lleva a cabo en la escuela y es proporcionado por Somerset Hills YMCA. Visite el sitio web y haga clic en "información" y "cuidado de niños" para obtener más información sobre el programa.

¿Mi hijo recibirá transporte?

Todos los estudiantes que residan en el Municipio de Bedminster recibirán transporte de cortesía.

¿Cómo funciona el transporte escolar con las diferencias de grado dentro de la escuela?

Bedminster School se enorgullece de la gestión de nuestras diferencias de edad. En ese sentido, asignamos asientos en nuestros autobuses, por lo que los niños de kindergarten están cerca del frente y los niños mayores se sientan hacia la parte de atrás. No tenemos monitores que anden en el bus con los alumnos, pero si tenemos monitores que lleven asistencia diaria para nuestros estudiantes en los grados K a 4, así como hacer cumplir las asignaciones de asientos.

¿Mi hijo tiene que viajar en el autobús?

No. Tenemos opciones para el cuidado posterior y para que lo recojan los padres. Puede establecer un arreglo permanente para el año por escrito con nuestra recepción, u ocasionalmente cambiar el destino de su hijo en una sola vez base por escrito antes de las 2:00 p.m. Consulte los procedimientos de llegada y salida que figuran en nuestro sitio web. en "Información" y "Documentos relacionados con la verificación de los padres".

¿Mi hijo tiene que traer el almuerzo todos los días?

No. Tenemos una cafetería con almuerzo caliente y sándwiches que su hijo puede utilizar. Puede enviar con dinero o abra una cuenta para su hijo que se pueda recargar durante el año escolar.

¿Podemos organizar un recorrido por la Escuela Bedminster?

Los tours durante el año no están disponibles. Como estudiante nuevo o de Kinder que se registre durante el verano, usted y su hijo podrán ver las instalaciones en la orientación en septiembre, justo antes de la comienzo del año escolar.



DISTRITO ESCOLAR DEL MUNICIPIO DE BEDMINSTER
FORMULARIO DE INSCRIPCION DE ESTUDIANTE (escriba en letra de molde y complete TODAS las secciones)



INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Nombre del Estudiante:

Fecha de Nacimiento:

Año Escolar / Grado:

Primer nombre

Segundo nombre

Apellido

Nombre de nacimiento del estudiante (si es diferente al nombre actual):

Primer nombre

Segundo nombre

Apellido

Numero de telefono de la casa del estudiante:

Direccion Fisica del estudiante, ciudad, estado y codigo postal:

Direccion Fisica del estudiante, ciudad, estado y codigo postal (si es diferente de la direccion fisica):

Direccion

Ciudad

Estado/Codigo postal

Entidad (si es multiracial, marque todos los que correspondan):

Direccion

Ciudad

Estado/Codigo postal

Hispano

Afroamericano

Genero:

Masculino

Bianco

Isleno del Pacifico / Nativo de Hawaii

(marque un circulo): Femenina

Asiatico

Indio Americano / Nativo de Alaska

Sexo de nacimiento del estudiante (si es diferente del sexo actual):

Masculino

Femenina

Ciudad, Estado y Pais de nacimiento:

Ciudad

Estado

Pais

Si el pais de nacimiento NO es Estados Unidos:

Fecha de Entrada a los Estados Unidos:

Fecha del Primer Dia de entrada:

Idioma Principal que se Habla en Casa:

Idioma Nativo:

¿Tiene el estudiante seguro medico? (Por favor marque con un circulo):

NO

SI

En caso afirmativo, indique el proveedor de seguro:

¿Esta el padre/tutor del estudiante en servicio militar activo, en la Guardia Nacional o en el componente de reserva de los servicios militares de los Estados Unidos?

NO

SI

(encima)

INFORMACION PARA PADRES/TUTORES

Marque con un círculo Padre/Tutor Residente de Bedminster

Madre

Padre

Ambos

¿La custodia de este niño está limitada por orden judicial o acuerdo legal?

NO

SI

SE ES SI - EL DOCUMENTO LEGAL ORIGINAL QUE DECLARA LA CUSTODIA RESIDENCIAL DEBE SER PROPORCIONADO A LA ESCUELA AL HACER LA INSCRIPCION

INFORMACION DE MADRE:

NOMBRE

Domicilio: Ciudad, Estado y

Código postal:

Dirección

Ciudad

Estado / Código postal

Teléfono de la casa:

Teléfono Celular:

Teléfono de trabajo:

Dirección de correo electrónico:

INFORMACION DEL PADRE:

NOMBRE

Domicilio: Ciudad, Estado y

Código postal:

Dirección

Ciudad

Estado / Código postal

Teléfono de la casa:

Teléfono Celular:

Teléfono de trabajo:

Dirección de correo electrónico:

Contacto #1

NOMBRE:

PARENTESCO:

TELÉFONO:

CELULAR:

TRABAJO:

Contacto #2

NOMBRE:

PARENTESCO:

TELÉFONO:

CELULAR:

TRABAJO:

Contacto #3

NOMBRE:

PARENTESCO:

TELÉFONO:

CELULAR:

TRABAJO:

Contacto #4

NOMBRE:

PARENTESCO:

TELÉFONO:

CELULAR:

TRABAJO:

INFORMACION DE HERMANOS:

1) NOMBRE:

EDAD:

2) NOMBRE:

EDAD:

3) NOMBRE:

EDAD:

ESPECIAL PROGRAMAS

¿Ha estado su hijo alguna vez en un programa de necesidades especiales?

NO

SI

(En caso afirmativo, marque con un círculo

¿Está su hijo actualmente en un programa de necesidades especiales?

NO

SI

todo lo que corresponda):

IEP

504

I & RS

¿Su hijo recibe servicios del habla?

NO

SI

¿Su hijo ha estado alguna vez o está actualmente en un programa de dominio limitado del inglés / inglés como segundo idioma (ESL)?

NO

SI

FIRMA DE PADRES / TUTOR:

FECHA:

BEDMINSTER TOWNSHIP PUBLIC SCHOOL DISTRICT

234 Somerville Road
Bedminster, New Jersey 07921
Telephone (908) 234-0768 Fax (908) 234-2318
www.bedminsterschool.org

SOLICITUD DE EXPEDIENTES DEL ESTUDIANTE

NA ME Y DIRECCION DE ESCUELA ANTERIOR

NOMBRE: _____

DIRECCION: _____

N. DE FAX: _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE

GRADO

FECHA DE NACIMIENTO

(Por favor imprimir)

El alumno mencionado anteriormente se ha inscrito recientemente en nuestra escuela. Envíe todos los registros académicos, de salud y CST a:

BEDMINSTER TOWNSHIP SCHOOL
234 SOMERVILLE ROAD
BEDMINSTER, NJ 07921
ATTENTION: SCHOOL SECRETARY

Por la presente autorizo la divulgación de los registros académicos / de salud / CST relacionados con el alumno mencionado anteriormente a la escuela Bedminster Township School.

Padre / tutor Firma Da te

Fecha

English translation is on the form attached.

Escuela del municipio de Bedminster

234 Somerville Road, Bedminster, NJ 07921

908-234-0768

Encuesta sobre el idioma del hogar

Propósito : La encuesta sobre el idioma del hogar se usa únicamente para ofrecer servicios educativos apropiados (US ED EL Toolkit, Capítulo 1). Esta encuesta es el primero de tres pasos para identificar si un estudiante es o no elegible para ser identificado como aprendiz del idioma inglés (ELL). "Hogar" se define como el lugar de residencia actual del estudiante.

Información del estudiante:

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento (AAAAMMDD):

Dirección actual:

Preguntas de la encuesta:

1.) Enumere todos los idiomas que se usan en el hogar del estudiante.

2.) ¿El primer idioma que usó el estudiante fue un idioma diferente al inglés?

_____ **No** _____ **Sí**

3.) ¿El estudiante habla o entiende un idioma que no sea inglés?

_____ **No** _____ **Sí**

4.) Al interactuar con otras personas en el hogar (ejemplo: padres, tutores, hermanos), ¿el estudiante entiende o usa un idioma que no sea inglés la **mayor parte del tiempo** ?

_____ **No** _____ **Sí**

5.) Cuando interactúa con otras personas fuera del hogar (ejemplo: amigos, cuidadores), ¿el estudiante entiende o usa un idioma que no sea inglés la **mayor parte del tiempo** ?

_____ **No** _____ **Sí**

Firma de los padres

Fecha

NOTE: Translation through Google Translate



FORMULARIO DE CUESTIONARIO MCKINNEY-VENTO
(OPCIONAL Y CONFIDENCIAL)
Escuela del Municipio de Bedminster



Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de la Escuela: _____ Grado: _____

Su hijo puede ser elegible para recibir servicios educativos a través de la Ley de Asistencia para Personas sin Hogar de McKinney-Vento. La elegibilidad puede determinarse respondiendo este cuestionario. **LA INFORMACION QUE PROPORCIONA ES CONFIDENCIAL.** Si ese legible, los estudiantes deben inscribirse de inmediato de acuerdo con la Ley de Asistencia McKinney-Vento.

1. ¿Vive usted / su estudiante en alguna de las siguientes situaciones?

- ☐ En caso de emergencia o refugio de transición o programa
- ☐ Comparte la vivienda de otras personas debido a:
 - ☐ Pérdida de vivienda, dificultades económicas o una razón similar (es decir, desalojado)
 - ☐ Arreglo de vivienda cooperativa a largo plazo
 - ☐ Otro (por favor especifique): _____
- ☐ En un vehículo de cualquier tipo, parqueo, espacio público, edificio abandonado, vivienda Deficiente, estación de autobús o tren o ambiente similar
- ☐ En un motel, hotel, campamento o ambiente similar debido a: (seleccione uno)
 - ☐ Falta de alojamientos alternativos adecuados
 - ☐ Un arreglo de vivienda conveniente (es decir, esperando que el apartamento / casa esté listo)
 - ☐ Otro (favor de especificar): _____
- ☐ Ninguno de los anteriores

1. ¿Cuál es su situación de vida o la de su estudiante? Por favor, marque una casilla:

- ☐ Vivir con su padre/madre o tutor legal
- ☐ Vivir solo
- ☐ Vivir con un adulto que no es un padre o tutor legal

La persona que firma abajo certifica que la información proporcionada anteriormente es correcta:

IMPRIMA EL NOMBRE DE LA PERSONA QUE ESTA LLENANDO ESTE FORMULARIO:

FIRMA: _____

FECHA: _____

DIRECCION DE RESIDENCIA ACTUAL: _____

NUMERO DE TELEFONO O NUMERO DE MANSAGE: _____

15. ¿Su hijo usa anteojos? Sí _____ (cuando) _____ No _____

16. ¿Tiene su hijo algún problema o limitación neuromuscular? Sí _____ No _____

Explique si es así _____

17. ¿Su hijo tiene retrasos en el desarrollo o le han diagnosticado algún síndrome?

Sí _____ No _____ Explique si es así _____

18. ¿Alguna vez su hijo ha sido hospitalizado? Sí _____ No _____ En caso afirmativo, indique cuándo y el motivo _____

19. ¿Qué medicamento, si es que toma alguno, toma su hijo? _____

20. ¿Tiene su hijo alguna limitación física actual que pueda requerir modificaciones o restricciones del programa? _____

21. Por favor agregue cualquier otro problema o comentario que le gustaría llamar la atención de la enfermera de la escuela: _____

Nota : No se puede administrar ningún medicamento en la escuela sin un formulario de administración de medicamento completado y firmado por el padre y el médico que prescribe . Todos los medicamentos deben estar en el envase original con la etiqueta de la farmacia intacta. Los medicamentos deben ser entregados personalmente a la enfermera de la escuela por el padre o tutor. Por favor, ver la escuela enfermera o la escuela web f o medicamentos administración forma s .

Firma del padre _____ Fecha _____

Nombre completo de la madre _____ Empleador _____

Dirección de casa _____ Dirección de trabajo _____

Inicio Phone _____ Trabajo Teléfono _____

Teléfono móvil _____

Nombre completo del padre _____ Empleador _____

Dirección de casa _____ Dirección de trabajo _____

Teléfono de casa _____ Teléfono del trabajo _____

Teléfono móvil _____

Situación del hogar:

_____ Los padres viven juntos

_____ Hogar monoparental

_____ Padres separados

_____ Padre volvió a casarse

_____ Padres divorciados

_____ La madre se volvió a casar

_____ El tutor cuida al niño

_____ Otro _____

Si los padres están divorciados o separados, ¿quién tiene la custodia legal (oficial)?

**** Los documentos de custodia legal deben entregarse en la oficina principal y almacenarse en la carpeta de registro permanente del niño.**

El nombre del niño: _____

Nombre y edad de los hermanos: _____

Última escuela a la que asistió _____ Dirección: _____

Describa la última experiencia escolar del niño : _____

¿Estaba el niño ausente con frecuencia? Si es así, explique _____

Personalidad y desarrollo emocional

Marque todo lo que se aplique a su hijo:

_____ Feliz _____ Malhumorado _____ Retirado

_____ Triste _____ Fácilmente molesto _____ Hiperactivo

_____ Amistoso _____ Tranquilo

¿Problemas cuando se separa de la familia? Sí _____ No _____

Explique: _____

¿Pérdida de un familiar? Sí _____ No _____ Explique: _____

Interacciones sociales

(Marque donde corresponda)

Compañeros Adultos

_____ Bueno

_____ Regular

_____ Deficiente

_____ Bueno

_____ Regular

_____ Deficiente

¿Eventos traumáticos? Si es así, explique: Sí _____ No _____

Explique: _____

Enumere cualquier inquietud, pregunta o problema que el personal de la escuela deba conocer

Por favor firme a continuación si desea que esta página se comparta con el maestro de su hijo (si es necesario).

Firma del padre _____

PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION HISTORY FORM

(Note: This form is to be filled out by the patient and parent prior to seeing the physician. The physician should keep a copy of this form in the chart.)

Date of Exam _____
 Name _____ Date of birth _____
 Sex _____ Age _____ Grade _____ School _____ Sport(s) _____

Medicines and Allergies: Please list all of the prescription and over-the-counter medicines and supplements (herbal and nutritional) that you are currently taking

Do you have any allergies? ☐ Yes ☐ No If yes, please identify specific allergy below.
☐ Medicines ☐ Pollens ☐ Food

☐ Stinging insects

Explain "Yes" answers below. Circle questions you don't know the answers to.

GENERAL QUESTIONS	Yes	No	MEDICAL QUESTIONS	Yes	No
1. Has a doctor ever denied or restricted your participation in sports for any reason?			26. Do you cough, wheeze, or have difficulty breathing during or after exercise?		
2. Do you have any ongoing medical conditions? If so, please identify below: ☐ Asthma ☐ Anemia ☐ Diabetes ☐ Infections Other: _____			27. Have you ever used an inhaler or taken asthma medicine?		
3. Have you ever spent the night in the hospital?			28. Is there anyone in your family who has asthma?		
4. Have you ever had surgery?			29. Were you born without or are you missing a kidney, an eye, a testicle (males), your spleen, or any other organ?		
HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT YOU	Yes	No	30. Do you have groin pain or a painful bulge or hernia in the groin area?		
5. Have you ever passed out or nearly passed out DURING or AFTER exercise?			31. Have you had infectious mononucleosis (mono) within the last month?		
6. Have you ever had discomfort, pain, tightness, or pressure in your chest during exercise?			32. Do you have any rashes, pressure sores, or other skin problems?		
7. Does your heart ever race or skip beats (irregular beats) during exercise?			33. Have you had a herpes or MRSA skin infection?		
8. Has a doctor ever told you that you have any heart problems? If so, check all that apply: ☐ High blood pressure ☐ A heart murmur ☐ High cholesterol ☐ A heart infection ☐ Kawasaki disease Other: _____			34. Have you ever had a head injury or concussion?		
9. Has a doctor ever ordered a test for your heart? (For example, ECG/EKG, echocardiogram)			35. Have you ever had a hit or blow to the head that caused confusion, prolonged headache, or memory problems?		
10. Do you get lightheaded or feel more short of breath than expected during exercise?			36. Do you have a history of seizure disorder?		
11. Have you ever had an unexplained seizure?			37. Do you have headaches with exercise?		
12. Do you get more tired or short of breath more quickly than your friends during exercise?			38. Have you ever had numbness, tingling, or weakness in your arms or legs after being hit or falling?		
HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT YOUR FAMILY	Yes	No	39. Have you ever been unable to move your arms or legs after being hit or falling?		
13. Has any family member or relative died of heart problems or had an unexpected or unexplained sudden death before age 50 (including drowning, unexplained car accident, or sudden infant death syndrome)?			40. Have you ever become ill while exercising in the heat?		
14. Does anyone in your family have hypertrophic cardiomyopathy, Marfan syndrome, arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy, long QT syndrome, short QT syndrome, Brugada syndrome, or catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia?			41. Do you get frequent muscle cramps when exercising?		
15. Does anyone in your family have a heart problem, pacemaker, or implanted defibrillator?			42. Do you or someone in your family have sickle cell trait or disease?		
16. Has anyone in your family had unexplained fainting, unexplained seizures, or near drowning?			43. Have you had any problems with your eyes or vision?		
BONE AND JOINT QUESTIONS	Yes	No	44. Have you had any eye injuries?		
17. Have you ever had an injury to a bone, muscle, ligament, or tendon that caused you to miss a practice or a game?			45. Do you wear glasses or contact lenses?		
18. Have you ever had any broken or fractured bones or dislocated joints?			46. Do you wear protective eyewear, such as goggles or a face shield?		
19. Have you ever had an injury that required x-rays, MRI, CT scan, injections, therapy, a brace, a cast, or crutches?			47. Do you worry about your weight?		
20. Have you ever had a stress fracture?			48. Are you trying to or has anyone recommended that you gain or lose weight?		
21. Have you ever been told that you have or have you had an x-ray for neck instability or atlantoaxial instability? (Down syndrome or dwarfism)			49. Are you on a special diet or do you avoid certain types of foods?		
22. Do you regularly use a brace, orthotics, or other assistive device?			50. Have you ever had an eating disorder?		
23. Do you have a bone, muscle, or joint injury that bothers you?			51. Do you have any concerns that you would like to discuss with a doctor?		
24. Do any of your joints become painful, swollen, feel warm, or look red?			FEMALES ONLY		
25. Do you have any history of juvenile arthritis or connective tissue disease?			52. Have you ever had a menstrual period?		
			53. How old were you when you had your first menstrual period?		
			54. How many periods have you had in the last 12 months?		

Explain "yes" answers here

I hereby state that, to the best of my knowledge, my answers to the above questions are complete and correct.

Signature of athlete _____ Signature of parent/guardian _____ Date _____

© 2010 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine. Permission is granted to reprint for noncommercial, educational purposes with acknowledgment.

New Jersey Department of Education 2014; Pursuant to P.L. 2013, c.71

9-24620418

PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION THE ATHLETE WITH SPECIAL NEEDS: SUPPLEMENTAL HISTORY FORM

Date of Exam _____

Name _____ Date of birth _____

Sex _____ Age _____ Grade _____ School _____ Sport(s) _____

1. Type of disability		
2. Date of disability		
3. Classification (if available)		
4. Cause of disability (birth, disease, accident/trauma, other)		
5. List the sports you are interested in playing		
	Yes	No
6. Do you regularly use a brace, assistive device, or prosthetic?		
7. Do you use any special brace or assistive device for sports?		
8. Do you have any rashes, pressure sores, or any other skin problems?		
9. Do you have a hearing loss? Do you use a hearing aid?		
10. Do you have a visual impairment?		
11. Do you use any special devices for bowel or bladder function?		
12. Do you have burning or discomfort when urinating?		
13. Have you had autonomic dysreflexia?		
14. Have you ever been diagnosed with a heat-related (hyperthermia) or cold-related (hypothermia) illness?		
15. Do you have muscle spasticity?		
16. Do you have frequent seizures that cannot be controlled by medication?		

Explain "yes" answers here

Please indicate if you have ever had any of the following.

	Yes	No
Atlantoaxial instability		
X-ray evaluation for atlantoaxial instability		
Dislocated joints (more than one)		
Easy bleeding		
Enlarged spleen		
Hepatitis		
Osteopenia or osteoporosis		
Difficulty controlling bowel		
Difficulty controlling bladder		
Numbness or tingling in arms or hands		
Numbness or tingling in legs or feet		
Weakness in arms or hands		
Weakness in legs or feet		
Recent change in coordination		
Recent change in ability to walk		
Spina bifida		
Latex allergy		

Explain "yes" answers here

I hereby state that, to the best of my knowledge, my answers to the above questions are complete and correct.

Signature of athlete _____ Signature of parent/guardian _____ Date _____

PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name _____ Date of birth _____

PHYSICIAN REMINDERS

- Consider additional questions on more sensitive issues:
 - Do you feel stressed out or under a lot of pressure?
 - Do you ever feel sad, hopeless, depressed, or anxious?
 - Do you feel safe at your home or residence?
 - Have you ever tried cigarettes, chewing tobacco, snuff, or dip?
 - During the past 30 days, did you use chewing tobacco, snuff, or dip?
 - Do you drink alcohol or use any other drugs?
 - Have you ever taken anabolic steroids or used any other performance supplement?
 - Have you ever taken any supplements to help you gain or lose weight or improve your performance?
 - Do you wear a seat belt, use a helmet, and use condoms?
- Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (questions 5-14).

EXAMINATION		
Height	Weight	☐ Male ☐ Female
BP	Pulse	Vision R 20/ ☐ L 20/ ☐ Corrected ☐ Y ☐ N
MEDICAL		
Appearance	NORMAL	
• Marfan stigmata (scoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, arm span > height, hyperlaxity, myopia, MVP, aortic insufficiency)	ABNORMAL FINDINGS	
Eyes/ears/nose/throat		
• Pupil equal		
• Hearing		
Lymph nodes		
Heart*		
• Murmurs (auscultation standing, supine, +/- Valsalva)		
• Location of point of maximal impulse (PMI)		
Pulses		
• Simultaneous femoral and radial pulses		
Lungs		
Abdomen		
Genitourinary (males only)*		
Skin		
• HSV lesions suggestive of MRSA, tinea corporis		
Neurologic†		
MUSCULOSKELETAL		
Neck		
Back		
Shoulder/arm		
Elbow/forearm		
Wrist/hand/fingers		
Hip/leg		
Knee		
Leg/ankle		
Feet/toes		
Functional		
• Duck-walk, single leg hop		

*Consider ECG, echocardiogram, and referral to cardiology for abnormal cardiac history or exam.
*Consider GU exam if in private setting. Having third party present is recommended.
*Consider cognitive evaluation or baseline neuropsychiatric testing if a history of significant concussion.

- ☐ Cleared for all sports without restriction
- ☐ Cleared for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment for _____

- ☐ Not cleared
- ☐ Pending further evaluation
- ☐ For any sports
- ☐ For certain sports _____
- Reason _____

Recommendations _____

I have examined the above-named student and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not present apparent clinical contraindications to practice and participate in the sport(s) as outlined above. A copy of the physical exam is on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, a physician may rescind the clearance until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents/guardians).

Name of physician, advanced practice nurse (APN), physician assistant (PA) (print/type) _____ Date _____

Address _____ Phone _____

Signature of physician, APN, PA _____

PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION CLEARANCE FORM

Name _____ Sex ☐ M ☐ F Age _____ Date of birth _____

☐ Cleared for all sports without restriction

☐ Cleared for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment for _____

☐ Not cleared

☐ Pending further evaluation

☐ For any sports

☐ For certain sports _____

Reason _____

Recommendations _____

EMERGENCY INFORMATION

Allergies _____

Other Information _____

I have examined the above-named student and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not present apparent clinical contraindications to practice and participate in the sport(s) as outlined above. A copy of the physical exam is on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the physician may rescind the clearance until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents/guardians).

Name of physician, advanced practice nurse (APN), physician assistant (PA) _____ Date _____

Address _____ Phone _____

Signature of physician, APN, PA _____

Completed Cardiac Assessment Professional Development Module

Date _____ Signature _____