



**Escuelas Públicas  
de Aurora**  
1085 Peoria Street  
Aurora, CO 80011

## Examen Médico Para Deportes

(Este formulario debe ser completado por los padres del estudiante.)

### Historial Médico por Medio de los Padres Para Determinar la Elegibilidad del Atleta

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del los Padres o Tutores \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

**Padre,**

Información sobre el estado actual de la salud del estudiante:

¿Es alérgico a algo?                      Sí\_\_ No\_\_                      Describe \_\_\_\_\_  
(Por favor describa sólo si contestó de forma afirmativa)

¿Usa lentes o lentes de contacto, frenos en los dientes,  
o algún tipo de prótesis (un diente artificial, un miembro  
anatómico, etc.)?                      Sí\_\_ No\_\_                      Describe \_\_\_\_\_  
(Por favor describa sólo si contestó de forma afirmativa)

¿Recibe medicamento recetado  
a largo plazo?                      Sí\_\_ No\_\_                      Describe \_\_\_\_\_  
(Por favor describa sólo si contestó de forma afirmativa)

Anote cualquier otro problema médico o de salud del cual padezca su hijo. (Por ejemplo: asma, diabetes, epilepsia, condiciones auditivas, problemas de los riñones, etc.):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Historial de salud. ¿Ha sufrido el estudiante de alguna de las siguientes enfermedades?:

Convulsiones                      Sí\_\_ No\_\_                      Describe \_\_\_\_\_  
(Por favor describa sólo si contestó de forma afirmativa)

Lesiones a la cabeza                      Sí\_\_ No\_\_                      Describe \_\_\_\_\_  
(Por favor describa sólo si contestó de forma afirmativa)

Lesiones por causa de deportes                      Sí\_\_ No\_\_                      Describe \_\_\_\_\_  
(Por favor describa sólo si contestó de forma afirmativa)

Fracturas                      Sí\_\_ No\_\_                      Describe \_\_\_\_\_  
(Por favor describa sólo si contestó de forma afirmativa)

Enfermedad Seria o Crónica                      Sí\_\_ No\_\_                      Describe \_\_\_\_\_  
(Por favor describa sólo si contestó de forma afirmativa)

Anote cualquier otro problema médico o de salud: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FIRMA DE LOS PADRES \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

He leído el historial del estudiante y certifico que es elegible para participar en programas deportivos por parte de las Escuelas Públicas De Aurora.

FIRMA DEL MÉDICO \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Physician's Medical Examination For Athletics

(Este formulario debe ser completado por el médico.)

In order for this student to participate in the Aurora Public Schools athletic program, it is necessary that we have a complete record of health status. Please complete the following information and sign where indicated.

Height\_\_\_\_\_ Weight\_\_\_\_\_ Blood Pressure\_\_\_\_\_ UA\_\_\_\_\_ HCT\_\_\_\_\_

Check the Appropriate Space for Each Item

	Normal	Abnormal
Eyes		
Ears		
Nose		
Skin		
Glands		
Throat		
Heart		

	Normal	Abnormal
Lungs		
Extremities		
Hernia		
Others		

Describe any Abnormalities: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

I certify that I have, on this date \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, examined \_\_\_\_\_  
(month) (day) (year) (name of student)

and find him/her physically able to compete in supervised activities **NOT CROSSED OUT BELOW.**

BASKETBALL	GOLF	SWIMMING
BASEBALL	GYMNASTICS	TENNIS
CHEERLEADING	POMPONS	TRACK
CROSS COUNTRY	SOCCER	WRESTLING
FOOTBALL	SOFTBALL	VOLLEYBALL

List any modifications or constraints for participation:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Physician's Name, Address and Phone # (please type):

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Physician's Signature