



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

- | | |
|--|-----------------------------|
| • Requisitos de vacunas | |
| • Preguntas frecuentes | |
| • Formulario de registro (2 páginas) | REQUERIDO |
| • Publicación de registros | REQUERIDO (Gr. 1 through 8) |
| • Formulario de cuestionario McKinney-Vento | OPCIONAL |
| • 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
REGISTRO DE KINDERGARTEN PREGUNTAS FRECUENTES



¿La escuela de Bedminster es un "distrito escolar único"?

Sí. Somos un distrito escolar de pre-K a octavo grado y un distrito emisor de Bernards High School, Bernardsville, NJ en el distrito escolar de Somerset Hills.

¿Cuál es el horario 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 de la mañana a menos que esté inscrito en una actividad que requiera que esté aquí antes del comienzo de la escuela, o a menos que esté inscrito en el programa de cuidado-antes que comience la escuela. Ningún estudiante permanecerá en las instalaciones después del cierre de la escuela a menos que participe en una de nuestras actividades después de la escuela o esté inscrito en el programa de cuidado.

¿Tienen un programa de cuidado antes y después de la escuela?

¡Sí! Está en las instalaciones de la escuela, pero administrado de forma autónoma por Somerset Hills YMCA. La información sobre este programa se puede encontrar en nuestro sitio web mencionado anteriormente en la pestaña "Información". Luego haga clic en "Cuidado de Niños".

¿Mi hijo recibirá transporte escolar?

Todos los estudiantes que residen en el municipio de Bedminster recibirán transporte de cortesía.

¿Cómo funciona el transporte de autobús con asunto a los diferentes grados dentro de la escuela?

La escuela de Bedminster se enorgullece de manejar nuestras diferencias de edad. Por lo tanto, asignamos asientos en nuestros autobuses, por lo que los niños de Jardín Infantil (kindergarden) están cerca del frente y los niños mayores se sientan hacia atrás. No tenemos un monitor que viajen en el autobús con los estudiantes, pero sí tenemos monitores que toman asistencia todos los días para nuestros estudiantes de Jardín Infantil, Grado 1 y Grado 2, así como también imponen las asignaciones de asientos.

¿Mi hijo tiene que viajar en el autobús?

No. Tenemos opciones para el cuidado - después de la escuela y la recogida de los estudiantes por los padres o tutores. Puede establecer un acuerdo permanente para el año por escrito con nuestra recepcionista u ocasionalmente cambiar el lugar donde va a estar su hijo. Este cambio se debe hacer por escrito una sola vez y antes de las 2:00 de la tarde. Consulte los procedimientos de llegada y salida que figuran en nuestro sitio web en "Información" y los "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 bocadillos que su hijo puede utilizar. Puede enviar a su hijo con el dinero o abrir una cuenta que usted pueda recargar durante el año escolar.

¿A qué hora almorzaré mi hijo?

Tenemos tres sesiones de almuerzo de la siguiente manera:

K, 1 y 2	-	11:07 a.m. - 11:37 a.m.
3, 5 y 6	-	11:50 a.m. - 12:20 p.m.
4, 7 y 8	-	12:33 p.m. - 1:03 p.m.

¿Podemos hacer una cita para una visita por la escuela de Bedminster?

Las visitas durante el año no están disponibles. Como nuevo estudiante o estudiante de Jardín Infantil que se registra durante el verano, usted y su hijo podrán ver la escuela el día de orientación en septiembre, justo antes del comienzo del año escolar.



DISTRITO ESCOLAR DEL MUNICIPIO DE BEDMINSTER



INFORMACION DEL ESTUDIANTE

FORMULARIO DE INSCRIPCION DE ESTUDIANTE (escriba en letra de molde y complete TODAS las secciones)

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 _____

estado y codigo postal: _____ Direccion _____ Ciudad _____ Estado/Codigo postal _____

Direccion Fisica del estudiante, ciudad, estado y _____ Direccion _____ Ciudad _____ Estado/Codigo postal _____

codigo postal (si es diferente de la direccion fisica): _____ Direccion _____ Ciudad _____ Estado/Codigo postal _____

Etnicidad (si es multiracial, marque todos los que correspondan): _____ Genero: _____ Masculino _____

Blanco _____ 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 Nativo: _____

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/madre 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 circulo Padre/Tutor Residente de Bedminster

Madre

Padre

Ambos

¿La custodia de este niño esta 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

Direccion

Ciudad

Estado /Codigo postal

Telefono de la casa:

Telefono Celular:

Telefono de trab ajo:

Direccion de correo electronico:

INFORMACION DEL PADRE:

NOMBRE

Domicilio: Ciudad, Estado y

Direccion

Ciudad

Estado /Codigo postal

Telefono de la casa:

Telefono Celular:

Telefono de trab ajo:

Direccion de correo electronico:

CON LA COSA DE EMERGENCIA EN INFORMACION DE HERMANOS

Contacto #1

NOMBRE:

PARENTESCO:

TELEFONO:

CELULAR:

TRABAJO:

Contacto #2

NOMBRE:

PARENTESCO:

TELEFONO:

CELULAR:

TRABAJO:

Contacto #3

NOMBRE:

PARENTESCO:

TELEFONO:

CELULAR:

TRABAJO:

Contacto #4

NOMBRE:

PARENTESCO:

TELEFONO:

CELULAR:

TRABAJO:

INFORMACION DE HERMANOS:

1) NOMBRE:

EDAD:

2) NOMBRE:

EDAD:

3) NOMBRE:

EDAD:

SPECIAL PROGRAMS

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

NO

SI

(En caso afirmativo, marque con un circulo

¿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

POR FAVOR ESTE SEGURO DE FIRMAR Y ESCRIBIR LA FECHA

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. **Envie todos los registros academicos, de salud y CST a:**

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

Por la presente autorizo la divulgacion de los registros academicos / 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.

Bedminster Township School
234 Somerville Road, Bedminster, NJ 07921
908-234-0768

Encuesta sobre el idioma del hogar

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento del estudiante: _____

Dirección del estudiante: _____

Número de teléfono del estudiante: _____

Question 1: ¿Cuál fue el primer idioma que utilizó el alumno? _____

Question 2: En casa, ¿el estudiante escucha o usa un idioma que no sea inglés más de la mitad del tiempo?

Circle one: Yes No

Question 3: ¿El estudiante comprende otro idioma que no sea el inglés?

Circle one: Yes No

Question 4: Al interactuar con sus padres o tutores, ¿el estudiante usa un idioma que no sea inglés más de la mitad del tiempo?

Circle one: Yes No

Question 5: Al interactuar con cuidadores que no sean sus padres o tutores, ¿el estudiante usa otro idioma además del inglés más de la mitad del tiempo?

Circle one: Yes No

Question 6: ¿Se ha mudado el estudiante recientemente de otro distrito escolar / escuela autónoma donde estaba identificado como un aprendiz del idioma inglés?

Circle one: Yes No

Si la respuesta a las preguntas 2, 3, 4, 5 o 6 es "sí", indique el idioma del hogar del estudiante para completar la encuesta:

Firma del Padre / Tutor

Fecha



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 MANSAJE: _____

Escuela del municipio de Bedminster
Historia de salud

Nombre completo del niño:

<hr/>	<hr/>	<hr/>
(Apellido Nombre)	(Segundo nombre)	(Apodo)
<hr/>	<hr/>	Grado <hr/>
(Fecha de nacimiento)	(País de nacimiento)	

Complete el siguiente historial médico. **Da fechas**, si es posible.

¿Ha tenido su hijo alguna vez lo siguiente? **En caso afirmativo, explique** :

1. Accidente (s)

2. Reacciones alérgicas (incluyen picaduras de abejas, alimentos o medicamentos, etc.)
Sí No **En caso afirmativo, explique**

¿Alguna vez su hijo necesitó medicamentos o atención médica en el pasado por una reacción a una picadura de abeja o alergia a los alimentos? Sí No **En caso afirmativo, proporcione detalles** :

3. Ataque de asma: Sí No Otras infecciones respiratorias: Sí No
Explique

4. Enfermedad o lesión de los huesos o articulaciones: Sí No **En caso afirmativo, explique**

5. Enfermedades transmisibles (especificar):

6. Convulsiones o convulsiones: Sí No **En caso afirmativo, explique**

7. Diabetes:

8. Problemas dentales: Sí No **Explique**

9. Infecciones de oído: Sí No Tubos de oído: Sí No Fecha

- ¿Su hijo tiene problemas de audición? Sí No
- ¿Su hijo usa audífonos? Sí No
- ¿Su hijo tiene un problema de habla / lenguaje? Sí No

10. Accidente (s) Infecciones frecuentes de garganta: Sí No
11. Dolores de cabeza frecuentes: Sí No
12. Problemas renales o del tracto urinario: Sí No **Explique si es así**

13. Diabetes Problemas cardíacos / soplos / fiebre reumática: Sí No
Explique

14. ¿Tiene su hijo algún problema de visión? Sí No
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 _____ Bueno
_____ Regular _____ Regular
_____ Deficiente _____ 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
1. Has a doctor ever denied or restricted your participation in sports for any reason?		
2. Do you have any ongoing medical conditions? If so, please identify below: <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infections Other: _____		
3. Have you ever spent the night in the hospital?		
4. Have you ever had surgery?		
HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT YOU	Yes	No
5. Have you ever passed out or nearly passed out DURING or AFTER exercise?		
6. Have you ever had discomfort, pain, tightness, or pressure in your chest during exercise?		
7. Does your heart ever race or skip beats (irregular beats) during exercise?		
8. Has a doctor ever told you that you have any heart problems? If so, check all that apply: <input type="checkbox"/> High blood pressure <input type="checkbox"/> A heart murmur <input type="checkbox"/> High cholesterol <input type="checkbox"/> A heart infection <input type="checkbox"/> Kawasaki disease Other: _____		
9. Has a doctor ever ordered a test for your heart? (For example, ECG/EKG, echocardiogram)		
10. Do you get lightheaded or feel more short of breath than expected during exercise?		
11. Have you ever had an unexplained seizure?		
12. Do you get more tired or short of breath more quickly than your friends during exercise?		
HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT YOUR FAMILY	Yes	No
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)?		
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?		
15. Does anyone in your family have a heart problem, pacemaker, or implanted defibrillator?		
16. Has anyone in your family had unexplained fainting, unexplained seizures, or near drowning?		
BONE AND JOINT QUESTIONS	Yes	No
17. Have you ever had an injury to a bone, muscle, ligament, or tendon that caused you to miss a practice or a game?		
18. Have you ever had any broken or fractured bones or dislocated joints?		
19. Have you ever had an injury that required x-rays, MRI, CT scan, injections, therapy, a brace, a cast, or crutches?		
20. Have you ever had a stress fracture?		
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)		
22. Do you regularly use a brace, orthotics, or other assistive device?		
23. Do you have a bone, muscle, or joint injury that bothers you?		
24. Do any of your joints become painful, swollen, feel warm, or look red?		
25. Do you have any history of juvenile arthritis or connective tissue disease?		

MEDICAL QUESTIONS	Yes	No
26. Do you cough, wheeze, or have difficulty breathing during or after exercise?		
27. Have you ever used an Inhaler or taken asthma medicine?		
28. Is there anyone in your family who has asthma?		
29. Were you born without or are you missing a kidney, an eye, a testicle (males), your spleen, or any other organ?		
30. Do you have groin pain or a painful bulge or hernia in the groin area?		
31. Have you had infectious mononucleosis (mono) within the last month?		
32. Do you have any rashes, pressure sores, or other skin problems?		
33. Have you had a herpes or MRSA skin infection?		
34. Have you ever had a head injury or concussion?		
35. Have you ever had a hit or blow to the head that caused confusion, prolonged headache, or memory problems?		
36. Do you have a history of seizure disorder?		
37. Do you have headaches with exercise?		
38. Have you ever had numbness, tingling, or weakness in your arms or legs after being hit or falling?		
39. Have you ever been unable to move your arms or legs after being hit or falling?		
40. Have you ever become ill while exercising in the heat?		
41. Do you get frequent muscle cramps when exercising?		
42. Do you or someone in your family have sickle cell trait or disease?		
43. Have you had any problems with your eyes or vision?		
44. Have you had any eye injuries?		
45. Do you wear glasses or contact lenses?		
46. Do you wear protective eyewear, such as goggles or a face shield?		
47. Do you worry about your weight?		
48. Are you trying to or has anyone recommended that you gain or lose weight?		
49. Are you on a special diet or do you avoid certain types of foods?		
50. Have you ever had an eating disorder?		
51. Do you have any concerns that you would like to discuss with a doctor?		
FEMALES ONLY		
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 _____

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	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
BP / /	Pulse	Vision R 20/ L 20/ Corrected <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance • Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, arm span > height, hyperlaxity, myopia, MVP, aortic insufficiency)		
Eyes/ears/nose/throat • Pupils 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/thigh		
Knee		
Leg/ankle		
Foot/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 _____