

ATENCIÓN PADRES/GUARDIANES

Estudiantes menos de 14 años **DEBE** ser acompañado de un padre o guardián legal, o con un consentimiento firmado por un padre o guardián que el menor puede ser acompañado de un adulto 18 años or más.

SOLO con consentimiento del tutor/padre, estudiantes 14-17 años **NO NECESITAN** ser acompañados por un adulto 18 años o más.

Un consentimiento de tratamiento **DEBE** ser firmado por un padre/guardián si no está acompañando a su estudiante al físico de escuela/deportes.

Si un consentimiento no es **FIRMADO PARA CADA** alumno, ese estudiante no será visto para su Físico.

NO EXCEPCIONES

***No habra vacunas disponibles en este evento.**

**Consentimiento Para Tratar Menor (14 años de Edad y menos)
Sin Padre/Guardian a presente**

Fecha: _____

Nombre Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de Padre/Legal Guardian: _____

Numero Telefono de Padre/Legal Guardian: _____

Yo _____ doy mi consentimiento para que _____
(Padre/Guardian) (Estudiante)

Pueda obtener su fisico en ausencia de un padre/guardian _____.
(Debe ser mas de 18 años)

Firma (adulto acompanando menor)

Fecha

Firma (Padre/Guardian)

Fecha

Consentimiento Para Tratar Menor(14 – 17 años de Edad)
Sin Padre/Guardian a presente

Fecha: _____

Nombre Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de Padre/Legal Guardian: _____

Numero Telefono de Padre/Legal Guardian: _____

Yo _____ doy mi consentimiento para que _____
(Padre/Guardian) (Estudiante)
pueda obtener su fisico en ausencia de un padre/guardian.

Firma

Fecha

Información del paciente (use letra de molde)Patient Information
(1/1/23)**Nombre preferido del paciente:** _____**Nombre legal:** _____

Fecha de nacimiento: _____

Pronombre: él ella ellos otro pronombre _____

Seguro social: _____ (photo I.D. required) teléfono #: _____

Email: _____

Dirección: _____ Apt#: _____ ciudad: _____ estado: _____ Código postal: _____

Género asignado al nacer (circule uno): hombre / mujer**Identidad de género (circule uno):** hombre /mujer /Transgénico HAM /Transgénico MAH/ Declinación/otro: _____**Orientación sexual (circule uno):** Lesbiana/Gay/ heterosexual/Bi-sexual / no sé/ Declinación/Otro: _____**Etnicidad (circule uno):** mexicano, mexicoamericano, o chicano Puertorriqueño(a) Cubano(a)

Otra origen hispano, latino / a o español No hispana, latina / a, o origen español

Raza: Indio asiático Chino Filipino Japonés Coreano vietnamita Nativo Hawaiano Otra isleño del pacífico

Guameña o Chamorro Samoano Negro/Afroamericano Indio americano/nativo de Alaska Blanco

Más de una Raza

¿Eres trabajador migratorio de temporada? S/N

¿Vives en un refugio para personas sin hogar o estás sin hogar? Y/N

¿Requieres intérprete? Y/N

¿Es usted veterano de las fuerzas armadas de los EEUU? Y/N

En caso de emergencia

Nombre: _____ Relación: _____ teléfono

#: _____

Información del tutor / garante (debe ser completada por la persona responsable de esta cuenta).**Nombre de la persona responsable de la cuenta (si no es el paciente):** _____**Relación al paciente (circule uno):** Padre Pareja Otro: _____

dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento de la persona responsable de la cuenta: _____

ACUERDO FINANCIERO: Por la presente asigno a la Clínica de Salud Comunitaria del Condado de Whiteside (WCCHC) todos mis derechos, títulos e intereses de reembolso bajo cualquier Medicare, Medicaid u otras pólizas de seguro para las cuales los beneficios pueden estar disponibles para el pago de los servicios prestados. Firmo como agente, paciente o "garante" que entiendo que mi compañía de seguros será facturada por los servicios que reciba en el WCCHC, y que soy directamente responsable y acepto pagar al WCCHC el saldo adeudado de todos los cargos que puedan no estar cubierto por mi seguro. Esto puede incluir el costo de la cobranza y/o los honorarios razonables de los abogados. Entiendo que cualquier laboratorio recolectado por WCCHC y realizado por un laboratorio externo (LabCorp) será facturado por separado a mi seguro por LabCorp. Doy mi consentimiento directo y expreso consentimiento y permiso a la clínica o socios comerciales de la clínica para recibir comunicaciones de cuenta, a través de varios medios tales como 1) cualquier número de teléfono celular, fijo u otro número de teléfono que proporcione, 2) sistemas de marcación automática, 3) mensajes de correo de voz, 4) mensajes de texto, 5) información de contacto de emergencia, 6) formas pregrabadas de sistemas de mensajes de voz. Esta información no será vendida.

Nombre: _____ **Firma:** _____ **Fecha:** _____

WHITESIDE COUNTY COMMUNITY HEALTH CLINIC**RESUMEN DE LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y SER DIVULGADA LOS DATOS SOBRE SU SALUD Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE.

SUS DERECHOS

Tiene el derecho a:

- Obtener una copia de su archivo de salud y reivindicación salarial
- Corregir su archivo de salud y reivindicación salarial
- Solicitar comunicación confidencial
- Pedir que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista con nombres a los que hemos compartido su información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Elegir a alguien que actúe como su propio representante
- Presentar una queja si usted cree que sus derechos han sido violados

SUS OPCIONES

Tiene algunas opciones de forma en que manera podemos compartir su información:

- Revelación de su información a sus familiares y amigos (requiere autorización por escrito)
- Decirle a su familia y amistades acerca de su condición
- Proveer alivio de desastres
- Comercializar nuestros servicios y vender su información (requiere autorización por escrito)
- Recaudar fondos
- Divulgar notas de regreso al trabajo a su empleador
- Divulgar notas de regreso a la escuela a su escuela

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

Podríamos usar y compartir su información cómo:

- Su tratamiento
- Ejecutamos nuestra organización
- Facturemos por sus servicios de salud
- Ayudamos con la salud pública y problemas de seguridad tales como emergencias de salud pública declaradas por el gobierno
- Hacemos investigaciones
- Cumplimos con la ley, como el suministro de inmunidad a una escuela
- Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director de funeraria
- Abordemos compensación de trabajadores, cumplimiento de la ley, y otras solicitudes del gobierno
- Respondemos a demandas y procedimientos legales
- Proveeremos recordatorios de citas, tales como mensajes de voz, mensajes de texto o cartas

Nunca vamos, bajo la mayoría de las circunstancias, a compartir información acerca de los servicios para su salud mental, tratamiento de abuso de sustancias (drogas/alcohol), agresión física/abuso/negligencia, o enfermedades transmitidas sexualmente a incluir el VIH/SIDA a menos que lo solicite específicamente una autorización completamente ejecutada para divulgar información de atención médica.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

Estamos obligados por ley a proteger y mantener la privacidad y seguridad de su información de salud. Le haremos saber lo antes posible si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información. Debemos seguir las funciones y prácticas de privacidad mencionadas en este aviso y darle una copia. No utilizaremos ni compartiremos su información a menos que nos diga que podemos por escrito. Si nos dicen que podemos, usted puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

CAMBIOS EN LOS TÉRMINOS DE ESTE AVISO

Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a petición, en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia a usted.

Reconozco que se me ha dado la oportunidad de leer este aviso y recibir la notificación. Sé que puedo solicitar una copia de la notificación completa.

Autorizo a Whiteside County Health Department/CHC a liberar registros del físico y los registros dentales a la escuela de mi hijo.

Autorización para divulgar información de atención médica

Firma de paciente o padre

Fecha

VERIFICACIÓN DOCUMENTADOS DE INGRESOS /TAMAÑO DE LA FAMILIA

Patient Sticker

(Attach copies of proof of income, such as paycheck stubs, income tax returns, etc.)

Always make copies, never hand over originals you may need for use later.

INGRESOS _____

TAMAÑO DEL HOGAR _____

UNA MUJER EMBARAZADA CONTARÁ COMO DOS EN EL HOGAR

COSTO CORREDERA _____

Yo certifico que la información que he dado es correcta, a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que voy a ser responsable de las consecuencias (por ejemplo, pagos, multas, acciones legales, etc.) resultantes de información falsa.

Firma de la persona responsable

Fecha

WCCHC Sliding Fee Scale 2023. Todas las categorías de ingresos son de la Pobreza Federal 2023

TAMAÑO DE FAMILIA	1er Nivel	2o Nivel	3er Nivel	4o Nivel	5o Nivel	Nivel 6 Sin descuento o Tarifa básica
	Médico o BH* \$30 tarifa plana Dental Tarifas del programa 1: \$35 Tarifas del programa 2: \$150	Médico o BH* \$35 tarifa plana Dental 20% de tarifa básica	Médico o BH* \$50 tarifa plana Dental 40% de tarifa básica	Médico o BH* \$70 tarifa plana Dental 60% de tarifa básica	Médico o BH* \$90 tarifa plana Dental 80% de tarifa básica	
1	\$0 \$14,580	\$14,581 \$18,225	\$18,226 \$21,870	\$21,871 \$25,515	\$25,516 \$29,160	\$29,161
2	\$0 \$19,720	\$19,721 \$23,155	\$23,156 \$29,580	\$29,581 \$34,510	\$34,511 \$39,440	\$39,441
3	\$0 \$24,860	\$24,861 \$31,075	\$31,076 \$37,290	\$37,291 \$43,505	\$43,506 \$49,720	\$49,721
4	\$0 \$30,000	\$30,001 \$37,500	\$37,501 \$45,000	\$45,001 \$52,500	\$52,501 \$60,000	\$60,001
5	\$0 \$35,140	\$35,141 \$43,925	\$43,926 \$52,710	\$52,711 \$61,495	\$61,496 \$70,280	\$70,281
6	\$0 \$40,280	\$40,281 \$50,350	\$50,351 \$60,420	\$60,421 \$70,490	\$70,491 \$80,560	\$80,561
7	\$0 \$45,420	\$45,421 \$56,775	\$56,776 \$68,130	\$68,131 \$79,485	\$79,486 \$90,840	\$90,841
8	\$0 \$50,560	\$50,561 \$63,200	\$63,201 \$75,840	\$75,841 \$88,480	\$88,481 \$101,120	\$101,121
Por cada miembro adicional	\$5,140	\$6,425	\$7,710	\$8,995	\$10,280	
Población Objetivo CHC	Hasta e incluyendo el 100% de la pobreza	Al 125% de la pobreza	Al 150% de la pobreza	Al 175% de la pobreza	Hasta e incluyendo el 200% de la pobreza	Más del 200% de la pobreza

*La tarifa nominal es de \$30 para servicios médicos y de salud del comportamiento. La tarifa nominal es de \$35 para los servicios dentales de la Lista 1 por visita y la tarifa nominal de \$150 para los servicios dentales de la Lista 2 por visita. Se pueden aplicar subvenciones y ajustes adicionales de salud conductual

Firma del entrevistador (Interviewer's Signature) _____



State of Illinois
Certificate of Child Health Examination

Student's Name Last First Middle				Birth Date Month/Day/Year		Sex	Race/Ethnicity	School /Grade Level/ID#										
Address Street City Zip Code				Parent/Guardian Telephone # Home Work														
IMMUNIZATIONS: To be completed by health care provider. The mo/da/yr for <u>every</u> dose administered is required. If a specific vaccine is medically contraindicated, a separate written statement must be attached by the health care provider responsible for completing the health examination explaining the medical reason for the contraindication.																		
REQUIRED Vaccine / Dose	DOSE 1 MO DA YR			DOSE 2 MO DA YR			DOSE 3 MO DA YR			DOSE 4 MO DA YR			DOSE 5 MO DA YR			DOSE 6 MO DA YR		
DTP or DTaP																		
Tdap; Td or Pediatric DT (Check specific type)	☐ Tdap	☐ Td	☐ DT	☐ Tdap	☐ Td	☐ DT	☐ Tdap	☐ Td	☐ DT	☐ Tdap	☐ Td	☐ DT	☐ Tdap	☐ Td	☐ DT	☐ Tdap	☐ Td	☐ DT
Polio (Check specific type)	☐ IPV	☐ OPV		☐ IPV	☐ OPV		☐ IPV	☐ OPV		☐ IPV	☐ OPV		☐ IPV	☐ OPV		☐ IPV	☐ OPV	
Hib Haemophilus influenza type b																		
Pneumococcal Conjugate																		
Hepatitis B																		
MMR Measles Mumps Rubella										Comments:								
Varicella (Chickenpox)																		
Meningococcal conjugate (MCV4)																		
RECOMMENDED, BUT NOT REQUIRED Vaccine / Dose																		
Hepatitis A																		
HPV																		
Influenza																		
Other: Specify Immunization Administered/Dates																		
Health care provider (MD, DO, APN, PA, school health professional, health official) verifying above immunization history must sign below. If adding dates to the above immunization history section, put your initials by date(s) and sign here.																		
Signature										Title					Date			
Signature										Title					Date			
ALTERNATIVE PROOF OF IMMUNITY																		
1. Clinical diagnosis (measles, mumps, hepatitis B) is allowed when verified by physician and supported with lab confirmation. Attach copy of lab result.																		
*MEASLES (Rubeola) MO DA YR **MUMPS MO DA YR HEPATITIS B MO DA YR VARICELLA MO DA YR																		
2. History of varicella (chickenpox) disease is acceptable if verified by health care provider, school health professional or health official. Person signing below verifies that the parent/guardian's description of varicella disease history is indicative of past infection and is accepting such history as documentation of disease.																		
Date of Disease					Signature					Title								
3. Laboratory Evidence of Immunity (check one) ☐Measles* ☐Mumps** ☐Rubella ☐Varicella Attach copy of lab result.																		
*All measles cases diagnosed on or after July 1, 2002, must be confirmed by laboratory evidence.																		
**All mumps cases diagnosed on or after July 1, 2013, must be confirmed by laboratory evidence.																		
Completion of Alternatives 1 or 3 MUST be accompanied by Labs & Physician Signature: _____																		
Physician Statements of Immunity MUST be submitted to IDPH for review.																		

Certificates of Religious Exemption to Immunizations or Physician Medical Statements of Medical Contraindication Are Reviewed and Maintained by the School Authority.

Apellido			Nombre			Fecha de Nacimiento			Sexo			Escuela			Grado/Núm. de Ident.		
			Inicial			Mes / Día / Año											

HISTORIAL MÉDICO- PARA SER COMPLETADO Y FIRMADO POR PADRES/TUTOR Y VERIFICADO POR EL PROVEEDOR DE CUIDADO DE SALUD

ALERGIAS (Alimentos, drogas, insectos, otro)			☐ Sí ☐ No Anótelas todas:			MEDICINAS (Anoté todas las recetas o tomadas con regularidad)			☐ Sí ☐ No		
¿Tiene diagnóstico de asma?			Sí No			¿Tiene pérdida de funciones en uno de los órganos? (Ojos/Oídos/Riñones/Testículos)			Sí No		
¿Despierta el niño tosiendo en la noche?			Sí No			¿Ha sido hospitalizado?			Sí No		
¿Tiene defectos de nacimiento?			Sí No			¿Cuándo? ¿Para qué?					
¿Tiene retrasos del desarrollo?			Sí No			¿Ha tenido alguna cirugía?(anótelas todas)			Sí No		
¿Tiene problemas de la sangre? Hemofilia, Glóbulos Falciformes (Sickle Cell), Otro			Sí No			¿Cuándo? ¿Para qué?					
¿Tiene diabetes?			Sí No			¿Ha tenido heridas graves o enfermedades?			Sí No		
¿Tiene heridas en la cabeza/golpe/desmayo?			Sí No			¿Prueba positiva de TB (Pasado o Presente)?			Sí No		
¿Tiene convulsiones? Cómo se manifiestan?			Sí No			¿Enfermedad de TB (Pasado o Presente)?			Sí No		
¿Tiene problemas cardíacos/No respira bien?			Sí No			¿Usa tabaco (tipo, frecuencia)?			Sí No		
¿Tiene soplo en el corazón/presión arterial alta?			Sí No			¿Toma alcohol/drogas?			Sí No		
¿Tiene mareos o dolor de pecho al hacer ejercicios?			Sí No			¿Historial de familiares de muerte repentina antes de los 50 años? ¿Causa?			Sí No		
¿Problemas con los ojos/visión? Lentes ☐ Lentes de Contacto ☐ Último examen ☐ ¿Otras Preocupaciones? (bizco, párpados caídos, parpadear, dificultad cuando lee)						Dental ☐ Ganchos ☐ Puente ☐ Placas ☐ Otro					
¿Tiene problemas de los oídos/no oye bien?			Sí No			La información en este formulario se puede compartir con el personal apropiado para propósitos de salud y educación.			Firma del Padre/Tutor		
¿Tiene problemas de los huesos/articulaciones/heridas/escoliosis?			Sí No								
						Fecha					

PHYSICAL EXAMINATION REQUIREMENTS Entire section below to be completed by MD/DO/APN/PA

HEAD CIRCUMFERENCE if < 2-3 years old		HEIGHT		WEIGHT		BMI		B/P	
---------------------------------------	--	--------	--	--------	--	-----	--	-----	--

DIABETES SCREENING (NOT REQUIRED FOR DAY CARE) BMI>85% age/sex Yes ☐ No ☐ And any two of the following: Family History Yes ☐ No ☐
 Ethnic Minority Yes ☐ No ☐ Signs of Insulin Resistance (hypertension, dyslipidemia, polycystic ovarian syndrome, acanthosis nigricans) Yes ☐ No ☐ At Risk Yes ☐ No ☐

LEAD RISK QUESTIONNAIRE: Required for children age 6 months through 6 years enrolled in licensed or public school operated day care, preschool, nursery school and/or kindergarten. (Blood test required if resides in Chicago or high risk zip code.)

Questionnaire Administered? Yes ☐ No ☐ Blood Test Indicated? Yes ☐ No ☐ Blood Test Date Result

TB SKIN OR BLOOD TEST Recommended only for children in high-risk groups including children immunosuppressed due to HIV infection or other conditions, frequent travel to or born in high prevalence countries or those exposed to adults in high-risk categories. See CDC guidelines. http://www.cdc.gov/tb/publications/factsheets/testing/TB_testing.htm.
 No test needed ☐ Test performed ☐ Skin Test: Date Read / / Result: Positive ☐ Negative ☐ mm _____
 Blood Test: Date Reported / / Result: Positive ☐ Negative ☐ Value

LAB TESTS (Recommended)	Date	Results	Date	Results
Hemoglobin or Hematocrit				Sickle Cell (when indicated)
Urinalysis				Developmental Screening Tool

SYSTEM REVIEW	Normal	Comments/Follow-up/Needs	Normal	Comments/Follow-up/Needs
Skin			Endocrine	
Ears		Screening Result:	Gastrointestinal	
Eyes		Screening Result:	Genito-Urinary	LMP
Nose			Neurological	
Throat			Musculoskeletal	
Mouth/Dental			Spinal Exam	
Cardiovascular/HTN			Nutritional status	
Respiratory		☐ Diagnosis of Asthma	Mental Health	
Currently Prescribed Asthma Medication: ☐ Quick-relief medication (e.g. Short Acting Beta Agonist) ☐ Controller medication (e.g. inhaled corticosteroid)			Other	
NEEDS/MODIFICATIONS required in the school setting			DIETARY Needs/Restrictions	

SPECIAL INSTRUCTIONS/DEVICES e.g., safety glasses, glass eye, chest protector for arrhythmia, pacemaker, prosthetic device, dental bridge, false teeth, athletic support/cup

MENTAL HEALTH/OTHER Is there anything else the school should know about this student?
 If you would like to discuss this student's health with school or school health personnel, check title: ☐ Nurse ☐ Teacher ☐ Counselor ☐ Principal

EMERGENCY ACTION needed while at school due to child's health condition (e.g., seizures, asthma, insect sting, food, peanut allergy, bleeding problem, diabetes, heart problem)?
 Yes ☐ No ☐ If yes, please describe.

On the basis of the examination on this day, I approve this child's participation in (If No or Modified please attach explanation.)
PHYSICAL EDUCATION Yes ☐ No ☐ Modified ☐ **INTERSCHOLASTIC SPORTS** Yes ☐ No ☐ Modified ☐

Print Name		(MD,DO, APN, PA) Signature		Date
Address				Phone



■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

MEDICAL ELIGIBILITY FORM

Name: _____ Date of birth: _____

☐ Medically eligible for all sports without restriction

☐ Medically eligible for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment of

☐ Medically eligible for certain sports

☐ Not medically eligible pending further evaluation

☐ Not medically eligible for any sports

Recommendations: _____

I have examined the student named on this form and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not have apparent clinical contraindications to practice and can participate in the sport(s) as outlined on this form. A copy of the physical examination findings are 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 medical eligibility until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents or guardians).

Name of health care professional (print or type): _____ Date: _____

Address: 1300 West 2nd Street, Rock Falls, IL 61071 Phone: _____

Signature of health care professional: _____, MD, DO, NP, or PA

SHARED EMERGENCY INFORMATION

Allergies: _____

Medications: _____

Other information: _____

Emergency contacts: _____



■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

HISTORY FORM

Note: Complete and sign this form (with your parents if younger than 18) before your appointment.

Name: _____ Date of birth: _____

Date of examination: _____ Sport(s): _____

Sex assigned at birth (F, M, or intersex): _____ How do you identify your gender? (F, M, or other): _____

List past and current medical conditions. _____

Have you ever had surgery? If yes, list all past surgical procedures. _____

Medicines and supplements: List all current prescriptions, over-the-counter medicines, and supplements (herbal and nutritional). _____

Do you have any allergies? If yes, please list all your allergies (ie, medicines, pollens, food, stinging insects). _____

Patient Health Questionnaire Version 4 (PHQ-4)

Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems? (Circle response.)

	Not at all	Several days	Over half the days	Nearly every day
Feeling nervous, anxious, or on edge	0	1	2	3
Not being able to stop or control worrying	0	1	2	3
Little interest or pleasure in doing things	0	1	2	3
Feeling down, depressed, or hopeless	0	1	2	3

(A sum of ≥ 3 is considered positive on either subscale [questions 1 and 2, or questions 3 and 4] for screening purposes.)

GENERAL QUESTIONS (Explain "Yes" answers at the end of this form. Circle questions if you don't know the answer.)	Yes	No
1. Do you have any concerns that you would like to discuss with your provider?		
2. Has a provider ever denied or restricted your participation in sports for any reason?		
3. Do you have any ongoing medical issues or recent illness?		
HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT YOU	Yes	No
4. Have you ever passed out or nearly passed out during or after exercise?		
5. Have you ever had discomfort, pain, tightness, or pressure in your chest during exercise?		
6. Does your heart ever race, flutter in your chest, or skip beats (irregular beats) during exercise?		
7. Has a doctor ever told you that you have any heart problems?		
8. Has a doctor ever requested a test for your heart? For example, electrocardiography (ECG) or echocardiography.		

HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT YOU (CONTINUED)	Yes	No
9. Do you get light-headed or feel shorter of breath than your friends during exercise?		
10. Have you ever had a seizure?		
HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT YOUR FAMILY	Yes	No
11. Has any family member or relative died of heart problems or had an unexpected or unexplained sudden death before age 35 years (including drowning or unexplained car crash)?		
12. Does anyone in your family have a genetic heart problem such as hypertrophic cardiomyopathy (HCM), Marfan syndrome, arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy (ARVC), long QT syndrome (LQTS), short QT syndrome (SQTS), Brugada syndrome, or catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia (CPVT)?		
13. Has anyone in your family had a pacemaker or an implanted defibrillator before age 35?		



■ 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?
 - 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-enhancing 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 (Q4–Q13 of History Form).

EXAMINATION		
Height: _____	Weight: _____	
BP: _____ / _____ (_____ / _____)	Pulse: _____	Vision: R 20/ _____ L 20/ _____ Corrected: ☐ Y ☐ N
MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, hyperlaxity, myopia, mitral valve prolapse [MVP], and aortic insufficiency)		
Eyes, ears, nose, and throat - Pupils equal - Hearing		
Lymph nodes		
Heart ^a Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and ± Valsalva maneuver)		
Lungs		
Abdomen		
Skin Herpes simplex virus (HSV), lesions suggestive of methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), or tinea corporis		
Neurological		
MUSCULOSKELETAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Neck		
Back		
Shoulder and arm		
Elbow and forearm		
Wrist, hand, and fingers		
Hip and thigh		
Knee		
Leg and ankle		
Foot and toes		
Functional Double-leg squat test, single-leg squat test, and box drop or step drop test		

^a Consider electrocardiography (ECG), echocardiography, referral to a cardiologist for abnormal cardiac history or examination findings, or a combination of those.

Name of health care professional (print or type): _____ Date: _____

Address: 1300 West 2nd Street, Rock Falls, IL 61071 Phone: _____

Signature of health care professional: _____, MD, DO, NP, or PA