Santa Cruz City Schools MS Athletic Packet

Branciforte Middle School Mission Hill Middle School
405 Old San Jose Road, Soquel, California 95073 | (831) 429-3410 | www.sccs.net

Participation Physical Physician Evaluation

(Completed By Physician)

Athlete's Name _____ Date _____

Height _____ Weight _____ BP _____/_____ Pulse _____

Vision: Right 20/_____ Left 20/_____ Corrected? Yes No

MEDICAL	**NORMAL**	**ABNORMAL**
Skin		
Eyes/Ears/Nose/Throat		
Lymph Nodes		
Heart		
Pulses		
Lungs		
Abdomen		
Genitalia (males only)		
MUSCULOSKELETAL	**NORMAL**	**ABNORMAL**
Neck		
Back		
Shoulder/Arm		
Elbow/Forearm		
Wrist/Hand		
Hip/Thigh		
Knee		
Leg		
Ankle/Foot		

_____Cleared for activities

_____Not Cleared for activities
Not cleared due to:

Please Check One

Physician Name _____

Physician Signature _____ Date _____

Santa Cruz City Schools MS Athletic Packet

Branciforte Middle School Mission Hill Middle Schoo

405 Old San Jose Road, Soquel, California 95073 | (831) 429-3410 | www.sccs.net

Examen Físico Antes de la Participación Evaluación Física

(Debe ser Completado Por el Médico)

Nombre del Atleta _____ Fecha _____

Estatura _____ Peso_____ PS _____ /_____ Pulso _____

Visión: Derecho 20/ _____ Izquierdo 20/_____ ¿Corregida? Si No

MEDICO	NORMAL	ANORMAL
Piel		
Ojos/Oídos/Nariz/Garganta		
Ganglio Linfático		
Corazón		
Pulso		
Pulmones		
Abdomen		
Órganos Genitales (sólo hombres)		
MÚSCULO- ESQUE-LÉTICO	**NORMAL**	**ANORMAL**
Cuello		
Espalda		
Hombro/Brazo		
Codo/Antebrazo		
Muñeca/Mano		
Cadera/Muslo		
Rodilla		
Pierna		
Tobillo/Pie		

_____ Autorizado para participar _____ No autorizado para participar: Razón:

Nombre del Médico_____

Firma del Médico _____ Fecha _____