NYC_ED_AAP_PPE_HISTORY_FORM_10	0102019
--------------------------------	---------

		(참그	고: 이 양식	은 의료인을 만	나기 전에 환자 및 학부모 이 양식은				니다. 의료인은 학생 의 출하지 않습니다.)	의료 파일	에 이 양식을 보관히	하여야 합니다.			
검시	· 날짜						-11-11	1 . 1	생년월	일		OSIS:			
성					이름						운동(들)				
성별	1	나이	학년	학교		학	교 캠피	터스							
						야프		0+31	르기						
	혀	재 복용하	고 있는	처방을 받아(야 하는 약 및 처방 없					(허브 !	및 영양제) 모두	를 기재해 주	십시오	2.	
													- ·		
												흡입기를 기 다닙니까?		5 0 LI	10
안권	12717	· 인습니까?		1 아니오 단이	예라면 아래 해당 알레	크기를	루저어	즈신	110.			에피펜을 기		1015	1표
					□꽃가루 □음식				□ 벌러	물림	□라텍스	다닙니까?		그 아니	니요
				답이 "예'	'라면 아래 설명해 주	십시	오. 딥	음	모르시는 질문은	동그라	미 하십시오				
일반	적인 질	문 문				예	아니요	건강	는 질문					예	아니요
1.	의사가 0	어떤 이유로든	귀하의 운동	통 참여를 금지하기	님나 제한 한적이 있습니까?			26.	통증이 느껴지거나, 붓기	닉나, 열이	있거나 붉게 보이는 -	관절이 있습니까?			
2.	현재 갖고	고 있는 건강 둔	문제가 있습	니까? 그렇다면 이	·래 내용을 밝혀주십시오:			27.	운동 중 또는 후에 기침	,쌕쌕거림	또는 호흡 곤란을 느	·낀 적이 있습니까	?		
			낭료 🖵 감염	붬 🔲 겸상 적혈구	병 또는				호흡기를 사용하거나 천	=	록용한 적이 있습니까	?			
	증상: 기태		이스니까?)				_	천식을 앓는 가족이 있습						
-		입원한 적이					- F		신장, 눈, 고환(남성), 비						
		한적이 있습 [[] 건강 관련 질				બ			사타구니 부위에 통증이						
				기저하거나거이	 기절할 뻔한 적이 있습니까?	બા			지난 달 내에 전염성 단			까?			
					기일을 만한 국어 ᆻ립니까? -낀 적이 있습니까?				발진, 욕창 또는 기타 피 헤르페스 또는 MRSA 피						
					·친덕이 ᆻ입니까? ·칙하게 울린 적이 있습니까?			_	머리에 부상 또는 뇌진통						
~					니까? 답이 예라면,			_	명확한 이유가 없는 발적						
				[글인 적이 있습] 2: 🔲 고혈압 🔲 심					혼란, 오래 지속되는 두			리 타격 또는 가격	을 받은		
	🗋 높은] 🗋 가와시키 병					적이 있습니다.						
-	기타:								발작 문제가 있습니까?		<u>مراساء</u>				
					어, ECG/EKG, 초음파심전도)				운동과 함께 두통을 느낌 타격 또는 넘어져서 팔여			= 힌이 푹리는 느?	낀윽		
	운동할 띠	대 기대하는 것	이상으로	어지럽거나 호흡이	비 곤란한 것을 느낍니까?				받은 적이 있었습니까?				36		
				빨라 피곤하거나 호	흡이 곤란 하다고 느낍니까?				타격 또는 넘어져서 팔여			있었습니까?			
12	심장 수술	술을 한 적이 있							더운 날씨에 운동하다 이						
		심장 건강 괸				예			운동할 때 자주 근육 조						
				헤가 있는 사람이 !					눈 또는 시력에 문제를 . 눈에 상처를 입은 적이 !						
					'작스럽게 또는 명확하지 명확하지 않은 교통사고		- F		안경 또는 콘택트 렌즈를						
		〒도 지경인 지 아 사망 증후군		-/끼(극지, 이ㅠ기	경력이지 않는 꼬중지고				고글 또는 안면 보호대와			까?			
				또는 세동제거기를	갖고 있는 사람이 있습니까?			48.	청력 손실 또는 청력 문	제가 있었	습니까?				
16.	가족 중 [명확한 이유없	이 기절하기	거나, 발작을 일으	키거나 익사할 뻔한 사람이				몸무게에 대해 걱정합니						
	있습니끼								몸무게를 늘리거나 줄이				날니까?		
			f상 혈구 질	환 또는 징후를 깆	· 고 있는 사람이 있습니까?				특별한 음식 섭취를 하고 섭생 문제를 앓은 적이 1			느 압니까?			
	· 관절 관				이네 또는 회조에 보내오	예			의사와 상의하고 싶은 C						
		글이다 경기에 있습니까?	빠지는 원업	신이 됬던 떠, 근육	, 인대 또는 힘줄에 부상을		I		기타 건강 문제가 있습니						
			또는 관절이	이 삔 경험이 있습	니까?			여성						예	아니요
20.	엑스레이	, MRI, CT, 투			= 목발이 필요한 부상을			55.	생리를 한 적이 있습니까	가?					
		이 있습니까?							생리 문제(심각한 생리통						
		· 골절 문제가			페이르 찌오 저이 이스니까?				언제 마지막 생리를 하였						
		3 눈세가 있나 드롬 또는 소인		- 그도 안얘 엑스미	레이를 찍은 적이 있습니까?				얼마나 자주 생리를 합니 "예"라면 설명해 주						
				기타 장치를 정기	적으로 사용합니까?										
				부상이 있습니까											
				을 앓은 적이 있습											
저노	- 보 벼려	- 야시은 거드	하여이며 .	저느 제가 아고 이	- - - - - - - - - - - - - - - - - -	내하 디	·은 서스] 위 :	기 학부모/보호자 성명	ġ					
정확	학하게 작	성하였음을 획	막인합니다.	. 저는	(학생의 성명)이기	· 남학/	생은 서	혜부:	÷ `				날짜		
					사를 받는 것을 허가합니다 - 제 아이가 거부할 수 있으!					5			2~		
의로	로인이 이	양식을 작성	할 수 없으	며 제 아이의 참여	i를 제외할 것이라는 것을 잘	날 알고	있습니	다.	전화번호:						





PHYSICAL EXAMINATION FORM | Preparticipation Physical Evaluation

NOTE: Th	e medical provid	er should keep	this form in th	he stude	nt's med	dical file	. This form does not get re	turned to the athle	tic department.		
st Name First Name Date o											
chool/Campus/ATSDBN Grade						OSIS	OSIS#				
					VEON						
STUDENT'S HISTORY FORM REVIEWED BY MI		:K				YES N					
PHYSICIAN REMINDER - Consider the questions H	Jelow					COMIN	MENTS				
Do you feel safe at your home or residence?											
Do you feel safe at school?	*****										
Do you ever feel stressed out or under a lot of p											
Do you ever feel sad, hopeless, depressed, or a	IXIOUS?										
Have there been any changes in your weight?		oight or impres			<u>ר</u>						
Have you ever taken any supplements to help y				ormance	!						
Have you ever taken anabolic steroids or used a		nance supplem	ient?								
Have you ever tried cigarettes, alcohol, or other	-										
During the past 30 days, did you use cigarettes	alcohol or other	drugs?									
Are you sexually active?						_					
Are you using contraceptives?						_					
Do you wear a seat belt?											
EXAMINATION											
Height Weig	ht							🗅 Male	🖵 Female		
		Pulse			Vie	sion	D00/	Corrected			
BP		1 0130			VIC	31011	R20/ L20/				
/								🗆 Yes	🗆 No		
MEDICAL		NORMAL				ABNO	ORMAL FINDINGS				
Appearance											
Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arche	d palate, pectus										
excavatum, arachnodactyly, arm span > hei	ght, hyperlaxity,										
myopia, MVP)											
Eyes/ears/nose/throat											
Pupils equal Hearing											
Lymph nodes											
Heart ^a											
 Murmurs (auscultation standing, supine, +/- Location of point of maximal impulse (PMI) 	Valsalva)										
Pulses											
 Simultaneous femoral and radial pulses 											
Lungs											
Abdomen											
Genitourinary (males only) ^b											
Skin											
 HSV, lesions suggestive of MRSA, tinea corp 	oris										
Neurologic ^c	0110										
MUSCULOSKELETAL		NORMAL					ORMAL FINDINGS				
Neck		NOTIVIAL				ADIN					
Back (including scoliosis screening)											
Shoulder/arm						-					
Elbow/forearm											
Wrist/hand/fingers											
Hip/thigh											
Knee						-					
Leg/ankle											
Foot/toes											
Functional											
Duck-walk, single leg hop											
^a Consider ECG, echocardiogram, and referral to cardiology for abnormal cardiac history or exam. ^b GU exam must be done in a private setting; the presence of a third party/chaperone is needed. It should not be performed in mass participation settings. ^c consider cognitive evaluation or baseline neuropsychiatric testing if a history of significant concussion. I have examined the above named student and completed the pre-participation physical examination. The athlete may/may not participate in the sport(s) outlined on the Recommendations for Participation in Physical Education and Sports form. This form may be rescinded until the potential consequences of the health issue are explained to both the student and his/her parents, and the health issue has been resolved. All information and recommendations contained herein are valid through the last day of the month for 12 months from the date below.											
Name of medical provider (print/type)	Dat				ate		License/N	์ Number			
Address	Pho				ione						
Signature of Medical Provider								1			
							,MD/D0/NP/PA	STAMF	' HERE		



RECOMMENDATIONS FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION & SPORTS To be completed by student's health care provider or school medical provider

Last N	Name	First Name	OSIS#		Grade			
Schor	ol/Campus/ATSDBN							
	LEARED FOR ALL SPORTS WI	THOUT RESTRICTION	1					
	IOT CLEARED		Duration:					
	IOT CLEARED PENDING FURT	HER EVALUATION						
	LEARED FOR ALL SPORTS WI	THOUT RESTRICTION	WITH RECOMMEN	DATIONS FOR FURTHE	R			
	VALUATION OR TREATMENT F							
-								
	CLEARED WITH RESTRICTIONS	ADAPTATIONS/ACC	OMMODATIONS	Duration:				
ir c fc	 NO CONTACT SPORTS: includes basketball, competitive cheerleading, diving, field hockey, football (tackle), gymnastics, ice hockey, lacrosse, rugby, soccer, stunt, wrestling NO LIMITED CONTACT SPORTS: includes baseball, cross-country skiing, fencing, flag football, handball, high jump, ice skating, pole vault, skiing, softball, volleyball NO NON-CONTACT SPORTS: includes archery, badminton, bowling, cricket, discus, double dutch, golf, javelin, race walking, rifle, shot-put, swimming, table tennis, track & field 							
– c	OTHER RESTRICTIONS							
ΠN	one Athletic Cup Sports/Safe race/Orthotic Hearing A	ety Goggles 🛛 Medical/		acemaker 🛛 Insulin Pump Other				
D P	ERTINENT MEDICAL HISTORY_							
					□ None			
ME	DICATIONS							
םн	as prescribed pre-exercise medica	ition						
םн	as prescribed PRN medication							
□ S ^r	tudent is Self-Carry/Self-Administe	r, unless in an emerge	ency or student is inc	apable of self-administ	ration			
Expl	lanation							
_ c	THER RECOMMENDATIONS _							
I have examined the above named student and completed the pre-participation physical examination. The athlete may/may not participate in the sport(s) as outlined above. A copy of the physical exam will be provided to the school medical room staff and can be made available to the school administration at the request of the parents. This form may be rescinded: by a medical provider if there are any changes in the student's health that could affect his/her safe participation in sports, and/or until the potential consequences of the health issue are explained to both the student and his/her parents, and the health issue has been resolved. All information and recommendations contained herein are valid through the last day of the month for 12 months from the date below.								
Name	e of medical provider (print/type)		Title	License/NPI				
Address Medical Provider's Stamp								
Phone	e Fax	Email		-				
0				_				
Signa	ture of medical provider		Date					