Oxnard Union High School District - Athletic Physical & Consent Form

Last Name: _____ First Name: _____ Grade _____

Student ID#: _____ Sport(s): _____ School: _____

Annual Physical Examination

Area	Normal	Abnormal	Area	Normal	Abnormal
Ears/Nose/Throat			Heart		
Thyroid			Lungs		
Lymph Glands			Abdomen		
Skin			Hernia		
Orthopedic			Posture		
Skin			Muscular		

Athlete Name: _____ **Date of Birth:** _____

Ht: _____Wt: _____ Pulse: _____BP: ____/____ (___/___) Vision Corrected: Y / N Pupils Equal: Y / N

ABNORMAL HISTORY/FINDINGS: _____

ALLERGIES: _____REGULAR MEDICATIONS: _____

COMMENTS: _____

☐ **CLEARED FOR ATHLETICS** ☐ **NOT CLEARED –Reason:** _____

Examiner Name: _____ * Signature: **X**_____Date:_____

Address:_____State License #:_____

Parent/Student Consent

I hereby give my consent for _____, hereafter named student, to compete in athletics. I authorize the student to go with and be supervised by a representative of the school on any trips. In case this student becomes ill or is injured, you are authorized to have the student treated and I authorized the medical agency to render treatment. I consent to any x-ray examination, anesthetic, medical, or surgical diagnosis or treatment and hospital care which is deemed advisable by, and is to be rendered under, the general or special supervision of any physician and surgeon licensed under the provisions of the Medical Practice Act on the medical staff of any accredited hospital, whether such diagnosis or treatment is rendered at the office of said physician or said hospital it is understood that this authorization is given in advance of any specific diagnosis, treatment or hospital care being required, but is given to provide authority and power on the part of the school representative to give specific consent to any and all such diagnosis, treatment or hospital care which the aforementioned physician in the exercise of his/her best judgment may deem advisable. This authorization shall remain effective until the end of the school year unless sooner revoked in writing and delivered to the school.

Parent Signature _____

Student Signature _____

Date _____

Oxnard Union High School District - Forma de examen fisico y consentimiento

Apellido: _____ Nombre: _____ Grado _____

ID# estudantil: _____ Deporte(s): _____ Escuela: _____

Exámen Físico

Area	Normal	Abnormal	Area	Normal	Abnormal
Ears/Nose/Throat			Heart		
Thyroid			Lungs		
Lymph Glands			Abdomen		
Skin			Hernia		
Orthopedic			Posture		
Skin			Muscular		

Athlete Name: _____ **Date of Birth:** _____

Ht: _____Wt: _____ Pulse: _____BP: ____/____ (___/___) Vision Corrected: Y / N Pupils Equal: Y / N

ABNORMAL HISTORY/FINDINGS: _____

ALLERGIES: _____REGULAR MEDICATIONS: _____

COMMENTS: _____

☐ **CLEARED FOR ATHLETICS** ☐ **NOT CLEARED –Reason:** _____

Examiner Name: _____ * Signature: **X**_____Date:_____

Address:_____State License #:_____

Declaración de consentimiento

Por la presente doy mi consentimiento para que el estudiante _____, arriba mencionado para competir en el atletismo. Autorizo al estudiante para ir con y ser supervisado por un representante de la escuela en cualquier viaje. En caso de que este estudiante se enferma o se lesiona, usted está autorizado para el estudiante ha tratado y me autorizó a la agencia médica para hacer el tratamiento. Doy mi consentimiento para cualquier examen de rayos X, anestesia, médico o diagnóstico quirúrgico o tratamiento y la atención hospitalaria que se considere conveniente, por decisión, y ha de ser suministrados bajo la supervisión general o especial de cualquier médico o cirujano licenciado bajo las disposiciones de la Ley de Ejercicio de la medicina en el personal médico de cualquier hospital acreditado, el que sea diagnosticado o tratado, ya sea en la oficina de dicho médico o dicho hospital, se entiende que esta autorización se da i antes de cualquier diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria específica que se requiera, pero se da para proporcionar autoridad y poder por parte del representante de la escuela para dar consentimiento específico a cualquier y toda dicha diagnóstico, tratamiento o cuidado de hospital que el médico mencionado en el ejercicio de su / su mejor juicio estime conveniente. Esta autorización permanecerá en vigor hasta el final del año escolar que sea revocado antes por escrito y entregada a la escuela.

Firma de Padre/Tutor _____

Firma de Estudiante _____

Fecha _____