

EXÁMEN FÍSICO PARA DEPORTES, CONDADO DE WHATCOM

(Requisito antes de la participación en las secundarias y preparatorias LOS PADRES DEBEN REVISAR Y FIRMAR)

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Escuela _____ Fecha del Examen _____

Dirección _____ Ciudad _____ Teléfono _____

Nombre del Padre _____ Teléfono del Trabajo _____ Deporte(s) _____

En caso de emergencia llamara a: Nombre _____ Teléfono _____ Celular _____

HISTORIAL MÉDICO *(para ser completado por el estudiante & padres/guardianes)*

Si/No

S N

S



FÍSICO *(a ser completado por el médico)*

Edad _____ Altura _____

Peso _____ PA _____

Pulso _____

Visión D ___ / ___ I ___ / ___

MÉDICO

Normal/Anormal

Resultados

N A Apariencia _____

N A Ojos _____

N A Oídos _____

N A Nariz _____

N A Garganta _____

N A Corazón _____

N A