

COPY THIS PAGE for the student to return to the school. KEEP the complete document in the student's medical record.

2023-2024 SPORTS QUALIFYING PHYSICAL EXAMINATION MEDICAL ELIGIBILITY FORM

Minnesota State High School League

Student Name: _____ Birth Date: _____
 Address: _____
 Home Telephone: _____ - _____ - _____ Mobile Telephone _____ - _____ - _____
 School: _____ Grade: _____

I certify that the above student has been medically evaluated and is deemed medically eligible to: (Check Only One Box)

- (1) Participate in all school interscholastic activities without restrictions.
 (2) Participate in any activity not crossed out below.

| Sport Classification Based on Contact | | |
|--|---|---|
| Collision Contact Sports | Limited Contact Sports | Non-contact Sports |
| Basketball Cheerleading Diving Football Gymnastics Ice Hockey Lacrosse Alpine Skiing Soccer Wrestling | Baseball Field Events: ❖ High Jump ❖ Pole Vault Floor Hockey Nordic Skiing Softball Volleyball | Badminton Bowling Cross Country Running Dance Team Field Events: ❖ Discus ❖ Shot Put Golf Swimming Tennis Track |

| Sport Classification Based on Intensity & Strenuousness | | | |
|---|--|---|---------------------------------------|
| ↑↑↑ III. High (>50% MVC) | Field Events: ❖ Discus ❖ Shot Put Gymnastics† | Alpine Skiing† Wrestling* | |
| ↑↑ II. Moderate (20-50% MVC) | Diving† | Dance Team Football* Field Events: ❖ High Jump ❖ Pole Vault† Synchronized Swimming† Track — Sprints | |
| ↑ I. Low (<20% MVC) | Bowling Golf | Baseball* Cheerleading Floor Hockey Softball* Volleyball | |
| | A. Low (<40% Max O ₂) | B. Moderate (40-70% Max O ₂) | C. High (>70% Max O ₂) |

- (3) Requires additional evaluation before a final recommendation can be made.
 Additional recommendations for the school or parents:

- (4) Not medically eligible for: All Sports
 Specific Sports
 Specify _____

Increasing Dynamic Component → → → → →

Sport Classification Based on Intensity & Strenuousness: This classification is based on peak static and dynamic components achieved during competition. It should be noted, however, that higher values may be reached during training. The increasing dynamic component is defined in terms of the estimated percent of maximal oxygen uptake (MaxO₂) achieved and results in an increasing cardiac output. The increasing static component is related to the estimated percent of maximal voluntary contraction (MVC) reached and results in an increasing blood pressure load. The lowest total cardiovascular demands (cardiac output and blood pressure) are shown in lightest shading and the highest in darkest shading. The graduated shading in between depicts low moderate, moderate, and high moderate total cardiovascular demands. *Danger of bodily collision. †Increased risk if syncope occurs. Reprinted with permission from: Maron BJ, Zipes DP. 36th Bethesda Conference: eligibility recommendations for competitive athletes with cardiovascular abnormalities. *J Am Coll Cardiol.* 2005; 45(8):1317-1375.

I have examined the student named on this form and completed the Sports Qualifying Physical Exam as required by the Minnesota State High School League. The athlete does not have apparent clinical contraindications to practice and 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 clearance until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents or guardians).

Provider Signature _____ Date of Exam _____
 Print Provider Name: _____
 Office/Clinic Name _____ Address: _____
 City, State, Zip Code _____
 Office Telephone: _____ - _____ - _____ E-Mail Address: _____

IMMUNIZATIONS [Tdap; meningococcal (MCV4, 2 doses); HPV (3 doses); MMR (2 doses); hep B (3 doses); hep A (2 doses); varicella (2 doses or history of disease); polio (3-4 doses); influenza (annual); COVID-19 (2 doses, 1 dose)]

Up to date (see attached school documentation) Not reviewed at this visit

IMMUNIZATIONS GIVEN TODAY: _____

EMERGENCY INFORMATION

Allergies _____

Other Information _____

Emergency Contact: _____ Relationship _____

Telephone: (Home) _____ - _____ - _____ (Work) _____ - _____ - _____ (Cell) _____ - _____ - _____

Personal Medical Provider _____ Office Telephone _____ - _____ - _____

This form is valid for 3 calendar years from above date with a normal Annual Health Questionnaire.
FOR SCHOOL ADMINISTRATION USE: [Year 2 Normal] [Year 3 Normal]

FORMULARIO DE ANTECEDENTES FÍSICOS DE APTITUD DEPORTIVA 2022-2023

Minnesota State High School League

El proveedor médico que lleve a cabo esta exploración física debe ARCHIVAR las páginas 2-5 de este documento. Instrucciones: Complete y firme este formulario (con su padre/madre si es menor de 18 años) antes de su cita.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento _____

Fecha del examen: _____ Deporte(s): _____

Sexo asignado al nacer (F, M o intersexual): _____ ¿Cómo identifica su género? (F, M, no binario u otro género)

¿Tuvo COVID-19? S / N ¿Recibió la vacuna contra el COVID-19? S / N ¿1, 2, or 3 dosis? (Encierre en un círculo) 1 2 3

Condiciones médicas anteriores y actuales: _____

¿Alguna vez tuvo cirugía? En caso afirmativo, enumere todas las cirugías anteriores _____

Enumere los medicamentos y suplementos actuales: recetados, de venta libre y suplementos herbales o nutricionales.

¿Tiene alguna alergia? En caso afirmativo, indique todas sus alergias (es decir, medicamentos, pólenes, alimentos, picaduras de insectos). _____

Cuestionario de salud del/de la paciente - Versión 4 (PHQ-4)

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le molestó alguno de los siguientes problemas? (Encierre la respuesta en un círculo).

| | En absoluto | Varios días | Más de la mitad días | Casi todos los días |
|---|-------------|-------------|----------------------|---------------------|
| Se sintió nervioso/a, ansioso/a o inquieto/a | 0 | 1 | 2 | 3 |
| No pudo parar o controlar su preocupación | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Sintió poco interés o placer por hacer las cosas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Se sintió decaído/a, deprimido/a o desesperanzado/a | 0 | 1 | 2 | 3 |

(Si la suma de las respuestas a las preguntas 1 y 2 o 3 y 4 es ≥3, evalúe al/a la paciente).

Encierre en un círculo los números de las preguntas para las cuales desconozca la respuesta.

Encierre S en un círculo para responder Sí y N para No

PREGUNTAS GENERALES

- ¿Tiene alguna inquietud que le gustaría discutir con su proveedor médico? Si / no
- ¿Alguna vez un proveedor médico le negó la autorización o restringió su participación en deportes por algún motivo? Si / no
- ¿Tiene algún problema médico continuo o enfermedad reciente?..... Si / no

PREGUNTAS IMPORTANTES SOBRE LA SALUD DE SU CORAZÓN^a

- ¿Alguna vez se desmayó o casi se desmayó durante o después de hacer ejercicio? Si / no
- ¿Alguna vez tuvo molestias, dolor, opresión o presión en el pecho cuando hacía ejercicio? Si / no
- ¿Su corazón alguna vez se acelera o se salta latidos (latidos irregulares) cuando hace ejercicio? Si / no
- ¿Alguna vez le dijo un médico que tiene algún problema cardíaco? Si / no
- ¿Alguna vez un médico solicitó un examen médico para su corazón? Por ejemplo, electrocardiograma (EKG) o ecocardiograma (ECO) Si / no
- ¿Se siente mareado/a o le falta el aire más que a sus compañeros/as durante el ejercicio? Si / no
- ¿Alguna vez tuvo una convulsión? Si / no

PREGUNTAS IMPORTANTES SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN DE SU FAMILIA^a

- ¿Alguien de su familia inmediata o familiar falleció por problemas cardíacos o sufrió una muerte súbita e inexplicable antes de los 35 años (Incluyendo ahogamiento o accidente automovilístico inexplicable)? Si / no
- ¿Alguien en su familia tiene un problema cardíaco genético, como cardiomiopatía hipertrófica (HCM), síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica ventricular derecha (ARVC), síndrome de QT largo (LQTS) o corto (SQTS), síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica Si / no
- ¿Alguien en su familia recibió un marcapasos o un desfibrilador implantable antes de los 35 años? Si / no

PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES

- ¿Alguna vez sufrió una fractura por fatiga o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo perder un entrenamiento o partido? Si / no
- ¿Tiene alguna lesión en un hueso, músculo, ligamento o articulación que le moleste? Si / no

PREGUNTAS MÉDICAS

- ¿Tose, jadea o tiene dificultad para respirar durante o después del ejercicio? Si / no
- ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (varones), el bazo o cualquier otro órgano? Si / no
- ¿Tiene dolor en la ingle o en los testículos o un bulto doloroso o una hernia en la zona de la ingle? Si / no
- ¿Tiene erupciones cutáneas recurrentes o erupciones que van y vienen, incluyendo herpes o estafilococo áureo resistente a la meticilina (MRSA)? Si / no
- ¿Alguna vez tuvo una conmoción cerebral o lesión en la cabeza que le provocó confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?..... Si / no
- ¿Alguna vez tuvo entumecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o las piernas, o no pudo mover los brazos o las piernas después de un golpe o una caída? Si / no
- ¿Alguna vez se sintió mal cuando hacía ejercicio en el calor? Si / no
- ¿Usted o alguien de su familia tiene el rasgo o la enfermedad de células falciformes? Si / no
- ¿Alguna vez tuvo o tiene algún problema con los ojos o la visión? Si / no
- ¿Le preocupa su peso? Si / no
- ¿Está intentando o alguien le recomendó subir o bajar de peso? Si / no
- ¿Sigue alguna dieta especial o evita ciertos tipos de alimentos o grupos de alimentos? Si / no
- ¿Alguna vez tuvo un trastorno alimentario? Si / no

PREGUNTAS SOBRE LA MENSTRUACIÓN

- ¿Tuvo alguna vez la menstruación? Si / no
- ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primera menstruación? _____
- ¿Cuándo tuvo su menstruación más reciente? _____
- ¿Cuántas menstruaciones tuvo en los últimos 12 meses? _____

Declaración: _____

Por la presente declaro que, a mi leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas de este formulario son completas y correctas.

Firma del/de la deportista: _____ Firma del padre/madre o tutor/a: _____ Fecha: ____/____/____

2023-2024 SPORTS QUALIFYING PHYSICAL EXAMINATION FORM

Minnesota State High School League

Pages 2-5 of this document should be KEPT on file by the medical provider issuing the physical examination.

Student Name: _____ Birth Date: _____

Follow-Up Questions About More Sensitive Issues:

1. Do you feel stressed out or under a lot of pressure?
2. Do you ever feel so sad or hopeless that you stop doing some of your usual activities for more than a few days?
3. Do you feel safe?
4. Have you been hit, kicked, slapped, punched, sexually abused, inappropriately touched, or threatened with harm by anyone close to you?
5. Have you ever tried cigarette, cigar, pipe, e-cigarette smoking, or vaping, even 1 or 2 puffs? Do you currently smoke?
6. During the past 30 days, did you use chewing tobacco, snuff, or dip?
7. During the past 30 days, have you had any alcohol drinks, even just one?
8. Have you ever taken steroid pills or shots without a doctor's prescription?
9. Have you ever taken any medications or supplements to help you gain or lose weight or improve your performance?
10. Question "Risk Behaviors" like guns, seatbelts, unprotected sex, domestic violence, drugs, and others.
11. Would you like to have a COVID-19 vaccination?

Notes About Follow-Up Questions:

MEDICAL EXAM

Height _____ Weight _____ BMI (optional) _____ % Body fat (optional) _____ Arm Span _____
 Pulse _____ BP _____ / _____ (_____ / _____)
 Vision: R 20/____ L 20/____ Corrected: Y / N Contacts: Y / N Hearing: R ____ L ____ (Audiogram or confrontation)

| Exam | Normal | Abnormal Findings | Initials** |
|--|--------|---|------------|
| Appearance | | | |
| Circle any Marfan stigmata present | → | Kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, arm span > height, hyperlaxity, myopia, MVP, aortic insufficiency | |
| HEENT | | | |
| Eyes | | | |
| Fundoscopy | | | |
| Pupils | | | |
| Hearing | | | |
| Cardiovascular* | | | |
| Describe any murmurs present (standing, supine, +/- Valsalva) | → | | |
| Pulses (simultaneous femoral & radial) | | | |
| Lungs | | | |
| Abdomen | | | |
| Tanner Staging (optional) | Circle | I II III IV V | |
| Skin (No HSV, MRSA, Tinea corporis) | | | |
| Musculoskeletal | | | |
| Neck | | | |
| Back | | | |
| Shoulder/Arm | | | |
| Elbow/Forearm | | | |
| Wrist/Hand/Fingers | | | |
| Hip/Thigh | | | |
| Knee | | | |
| Leg/Ankle | | | |
| Foot/Toes | | | |
| Functional (Double-leg squat test, single-leg squat test, and box drop, or step drop test) | | | |

*Consider ECG, echocardiogram, and/or referral to cardiology for abnormal cardiac history or examination findings ** For Multiple Examiners
 Additional Notes: _____

Health Maintenance: Lifestyle, health, immunizations, & safety counseling Discussed dental care & mouthguard use
 Discussed Lead and TB exposure – (Testing indicated / not indicated) Eye Refraction if indicated

Provider Signature: _____ Date: _____

Minnesota State High School League

SUPLEMENTO A LOS ANTECEDENTES MÉDICOS DEL DEPORTISTA PARA DEPORTISTAS CON DISCAPACIDAD

El proveedor médico que lleve a cabo esta exploración física debe ARCHIVAR las páginas 2-5 de este documento.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

- 1. Tipo de discapacidad:
2. Fecha de la discapacidad:
3. Clasificación (si está disponible):
4. Origen de la discapacidad (nacimiento, enfermedad, lesión u otro):
5. Enumere los deportes que está practicando:
6. ¿Utiliza habitualmente algún aparato ortopédico, dispositivo auxiliar o prótesis para las actividades diarias? S / N
7. ¿Utiliza algún aparato ortopédico o dispositivo auxiliar especial para practicar deportes? S / N
8. ¿Tiene erupciones, llagas por presión u otros problemas de la piel? S / N
9. ¿Tiene pérdida auditiva? ¿Utiliza audífonos? S / N
10. ¿Tiene alguna discapacidad visual? S / N
11. ¿Utiliza algún dispositivo especial para el funcionamiento de los intestinos o la vejiga? S / N
12. ¿Tiene ardor o malestar al orinar? S / N
13. ¿Tuvo disreflexia autonómica? S / N
14. ¿Alguna vez le diagnosticaron una enfermedad relacionada con el calor o el frío? S / N
15. ¿Tiene espasticidad muscular? S / N
16. ¿Tiene convulsiones frecuentes que no pueden controlarse con medicamentos? S / N

Explique las respuestas afirmativas en este espacio.

Indique si alguna vez tuvo alguna de las siguientes condiciones:

- Inestabilidad atlantoaxial S / N
Evaluación radiográfica (radiografía) para detectar inestabilidad atlantoaxial S / N
Articulaciones dislocadas (más de una) S / N
Sangrado fácil S / N
Agrandamiento del bazo S / N
Hepatitis S / N
Osteopenia u osteoporosis S / N
Dificultad para controlar los intestinos S / N
Dificultad para controlar la vejiga S / N
Entumecimiento u hormigueo en brazos o manos S / N
Entumecimiento u hormigueo en piernas o pies S / N
Debilidad en brazos o manos S / N
Debilidad en piernas o pies S / N
Cambios reciente en la coordinación S / N
Cambios reciente en la capacidad para caminar S / N
Espina bífida S / N
Alergia al látex S / N

Explique las respuestas afirmativas en este espacio.

Por la presente declaro que, a mi leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas de este formulario son completas y correctas.

Firma del/de la deportista: _____ Firma del padre/madre o tutor/a: _____

Fecha: ____/____/_____

2023-2024 PI ADAPTED ATHLETICS MEDICAL ELIGIBILITY FORM ADDENDUM

(Use only for Adapted Athletics - PI Division)

Minnesota State High School League

Pages 2-5 of this document should be KEPT on file by the medical provider issuing the physical examination

The MSHSL has competitive interscholastic Physically Impaired (PI) competition. Students who are deemed fit to participate in competitive athletics from a MSHSL sports qualifying exam should meet the criteria below to participate in Adapted Athletics – PI Division.

The MSHSL Adapted Athletics PI Division program is specifically intended for students with physical impairments who are medically eligible to compete in competitive athletics. A student is administratively eligible to compete in the PI Division with one of the two following criteria:

The student must have a diagnosed and documented impairment specified from one of the two sections below: *(Must be diagnosed and documented by a Physician, Physician’s Assistant, and/or Advanced Practice Nurse.)*

- 1. _____ Neuromuscular _____ Postural/Skeletal _____ Traumatic
 _____ Growth _____ Neurological Impairment

Which: _____ affects Motor Function _____ modifies Gait Patterns

(Optional) _____ Requires the use of prosthesis or mobility device, including but not limited to canes, crutches, walker or wheelchair.

- 2. _____ Cardio/Respiratory Impairment that is deemed safe for competitive athletics but limits the intensity and duration of physical exertion such that sustained activity for over five minutes at 60% of maximum heart rate for age results in physical distress in spite of appropriate management of the health condition.

(NOTE:) A condition that can be appropriately managed with appropriate medications that eliminate physical or health endurance limitations WILL NOT be considered eligible for adapted athletics.

Specific exclusions to PI competition:

The following health conditions, without coexisting physical impairments as outlined above, do not qualify the student to participate in the PI Division even though some of the conditions below may be considered Health Impairments by an individual’s physician, a student’s school, or government agency. This list is not all-inclusive, and the conditions are examples of non-qualifying health conditions; other health conditions that are not listed below may also be non-qualifying for participation in the PI Division.

Attention Deficit Disorder (ADD), Attention Deficit Hyperactive Disorder (ADHD), Emotional Behavioral Disorder (EBD), Autism Spectrum Disorders (including Asperger’s Syndrome), Tourette’s Syndrome, Neurofibromatosis, Asthma, Reactive Airway Disease (RAD), Bronchopulmonary Dysplasia (BPD), Blindness, Deafness, Obesity, Depression, Generalized Anxiety Disorder, Seizure Disorder, or other similar disorders.

Student Name _____

Provider (PRINT) _____

Provider (SIGNATURE) _____

Date of Exam _____