

HUNTINGTON UNION FREE SCHOOL DISTRICT

NYSED Interval Health History for Athletics–Two Page Form Both pages must be completed

Student Name:		DOB:	
School Name:		Age:	
Grade (check): <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12		Level (check): <input type="checkbox"/> Modified <input type="checkbox"/> Fresh <input type="checkbox"/> JV <input type="checkbox"/> Varsity	
Sport:		Limitations: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Date of last health exam:		Date form completed:	

**Health History to Be Completed by Parent/Guardian, Provide Details to Any Yes Answers on Back.**  
 Medicines needed at practice and/or athletic event require the proper paperwork, contact school with questions.

Has/Does your child:		
General Health Concerns	No	Yes
1. Ever been restricted by a health care provider from sports participation for any reason?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Have an ongoing medical condition? <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Seizures <input type="checkbox"/> Sickle Cell trait or disease <input type="checkbox"/> Other		
3. Ever had surgery?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ever spent the night in a hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Been diagnosed with Mononucleosis within the last month?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Have only one functioning kidney?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Have a bleeding disorder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Have any problems with his/her hearing or wears hearing aid(s)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Have any problems with his/her vision or has vision in only one eye?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wear glasses or contacts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergies		
11. Have a life-threatening allergy? Check any that apply: <input type="checkbox"/> Food <input type="checkbox"/> Insect Bite <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Medicine <input type="checkbox"/> Pollen <input type="checkbox"/> Other		
12. Carry an epinephrine auto-injector?		
Breathing (Respiratory) Health	No	Yes
13. Ever complained of getting more tired or short of breath than his/her friends during exercise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Wheeze or cough frequently during or after exercise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ever been told by a health care provider they have asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Use or carry an inhaler or nebulizer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Has/Does your child:		
Concussion/ Head Injury History	No	Yes
17. Ever had a hit to the head that caused headache, dizziness, nausea, confusion, or been told he/she had a concussion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ever had a head injury or concussion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ever had headaches with exercise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ever had any unexplained seizures?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Currently receive treatment for a seizure disorder or epilepsy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Devices/Accommodations	No	Yes
22. Use a brace, orthotic, or other device?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Have any special devices or prostheses (insulin pump, glucose sensor, ostomy bag, etc.)? If yes, there may be need for another required form to be filled out.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Wear protective eyewear, such as goggles or a face shield?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Family History	No	Yes
25. Have any relative who's been diagnosed with a heart condition, such as a murmur, developed hypertrophic cardiomyopathy, Marfan Syndrome, Brugada Syndrome, right ventricular cardiomyopathy, long QT or short QT syndrome, or catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Females Only	No	Yes
26. Begun having her period?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Age periods began:		
28. Have regular periods?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Date of last menstrual period:		
Males Only	No	Yes
30. Have only one testicle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Have groin pain or a bulge or hernia in the groin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sample Recommended NYSED Interval Health History for Athletics – Page 2

Student Name: \_\_\_\_\_

School Name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

Has/Does your child:		
Heart Health	No	Yes
32. Ever passed out during or after exercise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Ever complained of light headedness or dizziness during or after exercise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ever complained of chest pain, tightness or pressure during or after exercise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Ever complained of fluttering in their chest, skipped beats, or their heart racing, or does he/she have a pacemaker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ever had a test by a health care provider for his/her heart (e.g. EKG, echocardiogram stress test)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Ever been told they have a heart condition or problem by a health care provider? If so, check all that apply: <input type="checkbox"/> Heart infection <input type="checkbox"/> Heart Murmur <input type="checkbox"/> High Blood Pressure <input type="checkbox"/> Low Blood Pressure <input type="checkbox"/> High Cholesterol <input type="checkbox"/> Kawasaki Disease <input type="checkbox"/> Other: _____		
Injury History	No	Yes
38. Ever been diagnosed with a stress fracture?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Has/Does your child:		
Injury History continued	No	Yes
39. Ever been unable to move his/her arms and legs, or had tingling, numbness, or weakness after being hit or falling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ever had an injury, pain, or swelling of joint that caused him/her to miss practice or a game?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Have a bone, muscle, or joint injury that bothers him/her?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Have joints become painful, swollen, warm, or red with use?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skin Health	No	Yes
43. Currently have any rashes, pressure sores, or other skin problems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Have had a herpes or MRSA skin infections?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stomach Health	No	Yes
45. Ever become ill while exercising in hot weather?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Have a special diet or need to avoid certain foods?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Have to worry about his/her weight	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Have stomach problems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Ever had an eating disorder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COVID-19 Information	No	Yes
50. Has your child ever tested positive for COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Was your child symptomatic?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Did your child see a healthcare provider (HCP) for their COVID-19 symptoms?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Did your child have any cardiac symptoms (new fast or slow heart rate, chest tightness or pain, blood pressure changes, or HCP diagnosed cardiac condition)? If yes, please provide additional information.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Was your child hospitalized? If yes, provide date(s)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If yes, was your child diagnosed with Multisystem Inflammatory syndrome (MISC)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If yes, is your child under a HCP's care for this?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Please explain fully any question you answered yes to in the space below, include dates if known.**  
 Use additional pages if necessary.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

If you give permission for your child to be examined by the school physician, sign below.

I give permission for my child \_\_\_\_\_ to be examined by the school physician for sports clearance.

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

El Distrito Escolar de Huntington

Antecedentes médicos de intervalo del NYSED para deportes – 2 páginas - Se deben completar ambas páginas.

Nombre del estudiante:		Fecha de nacimiento:	
Nombre de la escuela:		Edad:	
Grado (marque): <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12		Nivel (marque): <input type="checkbox"/> Modificado <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> JV <input type="checkbox"/> Varsity	
Deporte:		Limitaciones: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Fecha del último examen de salud:		Fecha en que se completó el formulario:	

Los antecedentes médicos deben ser completados por el padre/madre/tutor, brinde detalles al reverso sobre cualquier respuesta afirmativa.

Los medicamentos necesarios durante el entrenamiento y/o en un evento deportivo requieren la documentación apropiada, comuníquese con la escuela si tiene preguntas.

Su hijo tiene/ha tenido:		
Problemas de salud en general	No	Si
1. ¿Alguna vez un proveedor de atención médica le restringió participar en deportes por algún motivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene una afección médica actualmente? <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Anemia falciforme o trazas <input type="checkbox"/> Otro		
3. ¿Ha tenido alguna cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha pasado la noche en un hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Le han diagnosticado mononucleosis infecciosa en el último mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Tiene solo un riñón funcional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Tiene algún trastorno de sangrado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Tiene algún problema con su audición o usa audífonos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Tiene algún problema de visión o tiene visión solo en un ojo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Usa anteojos o lentes de contacto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias		
11. ¿Tiene alguna alergia potencialmente mortal? Marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Alimento <input type="checkbox"/> Picadura de insecto <input type="checkbox"/> Látex <input type="checkbox"/> Medicamento <input type="checkbox"/> Polen <input type="checkbox"/> Otro		
12. ¿Lleva consigo un auto inyector de epinefrina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud respiratoria		
13. ¿Alguna vez se ha quejado de sentirse más cansado o tiene mayor dificultad para respirar que sus amigos durante el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Tiene silbidos en el pecho o tose con frecuencia durante o después del ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Alguna vez un proveedor de atención médica le ha dicho que tiene asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Usa o lleva consigo un inhalador o nebulizador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Su hijo tiene/ha tenido:		
Antecedentes de conmoción cerebral/herida en la cabeza	No	Si
17. ¿Alguna vez recibió un golpe en la cabeza que le provocó dolor de cabeza, mareos, náuseas, confusión o le dijeron que tenía una conmoción cerebral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Alguna vez ha tenido una herida en la cabeza o una conmoción cerebral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Alguna vez ha tenido dolores de cabeza con el ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Alguna vez ha tenido convulsiones sin causa aparente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Recibe actualmente tratamiento para un trastorno convulsivo o epilepsia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispositivos/Adaptaciones		
22. ¿Utiliza un aparato ortopédico, ortesis u otro dispositivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Tiene algún dispositivo o prótesis especial (bomba de insulina, sensor de glucosa, bolsa de ostomía, etc.)? En caso afirmativo, puede que sea necesario completar otro formulario obligatorio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Usa gafas protectoras o una careta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antecedentes familiares		
25. ¿Tiene algún familiar al que se le haya diagnosticado una afección cardíaca, como un soplo, ha presentado miocardiopatía hipertrófica, síndrome de Marfan, síndrome de Brugada, miocardiopatía ventricular derecha, síndrome de QT largo o QT corto o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Solo mujeres		
26. ¿Comenzó a tener su menstruación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Edad en que comenzó la menstruación:		
28. ¿Tiene menstruaciones regulares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Fecha de la última menstruación:		
Solo hombres		
30. ¿Tiene solo un testículo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. ¿Tiene dolor, protuberancia o hernia en la ingle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nombre del estudiante:

Nombre de la escuela:

Fecha de nacimiento:

**Su hijo tiene/ha tenido:**

La salud del corazón	No	Si
32. ¿Alguna vez se desmayó durante o después de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. ¿Alguna vez se ha quejado de aturdimiento leve o mareos durante o después del ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. ¿Alguna vez se ha quejado de dolor, tensión o presión en el pecho durante o después del ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. ¿Alguna vez se ha quejado de aleteo en el pecho, saltarse los latidos o latidos acelerados, o tiene un marcapasos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. ¿Alguna vez un proveedor de atención médica le hizo una prueba de corazón (ECG, prueba de esfuerzo con ecocardiograma)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. ¿Alguna vez un proveedor de atención médica le ha dicho que tiene un problema o enfermedad cardíaca? Si es así, marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Infección cardíaca <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Presión arterial baja <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Antecedentes de lesiones</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>
38. ¿Alguna vez le han diagnosticado una fractura por sobrecarga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Su hijo tiene/ha tenido:**

Antecedentes de lesiones continuación	No	Si
39. ¿Alguna vez ha sido incapaz de mover los brazos y las piernas, o ha sentido hormigueo, entumecimiento o debilidad después de ser golpeado o caerse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. ¿Alguna vez ha tenido una lesión, dolor o inflamación de articulaciones que provocaron que faltara a un entrenamiento o partido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. ¿Tiene una lesión en los huesos, músculos o articulaciones que le molesta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. ¿Las articulaciones se han vuelto dolorosas, inflamadas, están calientes o enrojecidas al moverse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Salud de la piel</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>
43. ¿Actualmente tiene sarpullido, úlceras de decúbito u otros problemas de la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. ¿Ha tenido una infección cutánea por herpes o SAMR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Salud estomacal</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>
45. ¿Alguna vez se ha enfermado mientras hacía ejercicio en un clima caluroso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. ¿Tiene una dieta especial o necesita evitar ciertos alimentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Tiene que preocuparse por su peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. ¿Tiene problemas estomacales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. ¿Alguna vez ha tenido un trastorno alimentario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Información de COVID-19	No	Sí
50. ¿Alguna vez su hijo ha obtenido un resultado positivo por COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. ¿Su hijo tuvo síntomas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. ¿Su hijo consultó a un proveedor de atención médica (HCP) debido a sus síntomas de COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. ¿Su hijo tuvo algún síntoma cardíaco (nuevos síntomas de ritmo cardíaco rápido o lento, opresión o dolor en el pecho, cambios en la presión arterial o una afección cardíaca diagnosticada por el HCP)? En caso afirmativo, proporcione información adicional.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. ¿Su hijo fue hospitalizado? En caso afirmativo, proporcione la(s) fecha(s).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿le diagnosticaron a su hijo síndrome inflamatorio multisistémico (MISC)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿está su hijo bajo el cuidado de un HCP por esto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Explique completamente cualquier pregunta a la que haya respondido afirmativamente en el espacio a continuación, incluya las fechas si las conoce. Utilice páginas adicionales si es necesario.**

Firma del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si usted da permiso para que su hijo sea examinado por el médico de la escuela, firme a continuación.

Doy permiso para que mi hijo, \_\_\_\_\_, sea examinado por el médico de la escuela para la autorización deportiva.

Firma de padre / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_