

**Santa Cruz City Schools Athletic Packet**  
**Harbor High      Santa Cruz High      Soquel High**  
 405 Old San Jose Road, Soquel, California 95073 | (831) 429-3410 | [www.sccs.net](http://www.sccs.net)

**Examen Físico Antes de la Participación Evaluación Física**  
**(Debe ser Completado Por el Médico)**

Nombre del Atleta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ PS \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Pulso \_\_\_\_\_

Visión: Derecho 20/ \_\_\_\_\_ Izquierdo 20/ \_\_\_\_\_ ¿Corregida? Si No

<b>MEDICO</b>	<b>NORMAL</b>	<b>ANORMAL</b>
Piel		
Ojos/Oídos/Nariz/Garganta		
Ganglio Linfático		
Corazón		
Pulso		
Pulmones		
Abdomen		
Órganos Genitales (sólo hombres)		
<b>MÚSCULO- ESQUE- LÉTICO</b>	<b>NORMAL</b>	<b>ANORMAL</b>
Cuello		
Espalda		
Hombro/Brazo		
Codo/Antebrazo		
Muñeca/Mano		
Cadera/Muslo		
Rodilla		
Pierna		
Tobillo/Pie		
_____ Autorizado para participar      _____ No autorizado para participar: Razón:		
Nombre del Médico _____		
Firma del Médico _____		Fecha _____