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

2026-2027 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	Baseball	Badminton
Cheerleading	Field Events:	Bowling
Diving	❖ High Jump	Cross Country Running
Football	❖ Long Jump	Dance Team
Gymnastics	❖ Pole Vault	Field Events:
Ice Hockey	❖ Triple Jump	❖ Discus
Lacrosse	Floor Hockey	❖ Shot Put
Alpine Skiing	Nordic Skiing	Golf
Soccer	Softball	Swimming
Wrestling	Volleyball	Tennis
		Track

☐ **(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 _____

Sport Classification Based on Intensity & Strenuousness

Increasing Static Component →	A. Low (<40% Max O_2)	B. Moderate (40-70% Max O_2)	C. High (>70% Max O_2)
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 ❖ Long Jump ❖ Pole Vault*† ❖ Triple Jump Synchronized Swimming† Track — Sprints	Basketball* Ice Hockey* Lacrosse* Nordic Skiing — Freestyle Track — Middle Distance Swimming†
I. Low (<20% MVC)	Bowling Golf	Baseball* Cheerleading Floor Hockey Softball* Volleyball	Badminton Cross Country Running Nordic Skiing — Classical Soccer* Tennis Track — Long Distance

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 ($MaxO_2$) 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]

Reference: Preparticipation Physical Evaluation (5th Edition): AAFP, AAP, ACSM, AMSSM, AOSSM, AOASM; 2019.

FORMULARIO DE ANTECEDENTES FÍSICOS DE APTITUD DEPORTIVA 2024-2025

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

PREGUNTAS IMPORTANTES SOBRE LA SALUD DE SU CORAZÓN [a]
4. ¿Alguna vez se desmayó o casi se desmayó durante o después de hacer ejercicio? ..... Si / no
5. ¿Alguna vez tuvo molestias, dolor, opresión o presión en el pecho cuando hacía ejercicio? ..... Si / no
6. ¿Su corazón alguna vez se acelera o se saltea latidos (latidos irregulares) cuando hace ejercicio? ..... Si / no
7. ¿Alguna vez le dijo un médico que tiene algún problema cardíaco? ..... Si / no
8. ¿Alguna vez un médico solicitó un examen médico para su corazón? Por ejemplo, electrocardiograma (EKG) o ecocardiograma (ECO).. ..... Si / no
9. ¿Se siente mareado/a o le falta el aire más que a sus compañeros/as durante el ejercicio? ..... Si / no
10. ¿Alguna vez tuvo una convulsión? ..... Si / no

PREGUNTAS IMPORTANTES SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN DE SU FAMILIA[a]
11. ¿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
12. ¿Alguien en su familia tiene un problema cardíaco genético, como cardiomiopatía hipertrófica (HCM), síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica ventrícular derecha (ARVC), síndrome de QT largo (LQTS) o corto (SQTS), síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica ..... Si / no
13. ¿Alguien en su familia recibió un marcapasos o un desfibrilador implantable antes de los 35 años? ..... Si / no

PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES
14. ¿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
15. ¿Tiene alguna lesión en un hueso, músculo, ligamento o articulación que le moleste? ..... Si / no

PREGUNTAS MÉDICAS
16. ¿Tose, jadea o tiene dificultad para respirar durante o después del ejercicio? ..... Si / no
17. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (varones), el bazo o cualquier otro órgano? ..... Si / no
18. ¿Tiene dolor en la ingle o en los testículos o un bulto doloroso o una hernia en la zona de la ingle? ..... Si / no
19. ¿Tiene erupciones cutáneas recurrentes o erupciones que van y vienen, incluyendo herpes o estafilococo áureo resistente a la meticilina (MRSA)? ..... Si / no
20. ¿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
21. ¿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
22. ¿Alguna vez se sintió mal cuando hacía ejercicio en el calor? ..... Si / no
23. ¿Usted o alguien de su familia tiene el rasgo o la enfermedad de células falciformes? ..... Si / no
24. ¿Alguna vez tuvo o tiene algún problema con los ojos o la visión? ..... Si / no
25. ¿Le preocupa su peso? ..... Si / no
26. ¿Está intentando o alguien le recomendó subir o bajar de peso? ..... Si / no
27. ¿Sigue alguna dieta especial o evita ciertos tipos de alimentos o grupos de alimentos? ..... Si / no
28. ¿Alguna vez tuvo un trastorno alimentario? ..... Si / no

PREGUNTAS SOBRE LA MENSTRUACIÓN
29. ¿Tuvo alguna vez la menstruación? ..... Si / no
30. ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primera menstruación? _____
31. ¿Cuándo tuvo su menstruación más reciente? _____
32. ¿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: ___/_____/_____