



FORMULARIO PARA INFORMAR DE CONMOCIÓN CEREBRAL Y LESIONES EN LA CABEZA [Y LESIONES GRAVES]

Estudiante:	Escuela:
Grado:	Deporte:
Fecha del incidente:	Entrenador:

Conmoción cerebral y lesiones en la cabeza

El _____, el Estudiante que se nombra arriba estuvo involucrado en el siguiente incidente _____

que puede haber causado que sufra una conmoción cerebral o lesión en la cabeza. En consecuencia, el Estudiante fue retirado de inmediato de toda participación en el Deporte mencionado y no se le permitirá regresar a la práctica ni participar hasta que el Distrito reciba un alta médica satisfactoria, la cual debe ser provista en el Formulario de Alta Médica que figura en el reverso de este formulario.

Lo instamos a que obtenga una evaluación y atención médica sin demora, en particular si el Estudiante muestra cualquier síntoma de una conmoción cerebral o lesión en la cabeza (lo que incluye dolor de cabeza, presión en la cabeza, dolor en el cuello, náusea o vómito, mareos, vista borrosa, problemas de equilibrio, sensibilidad a la luz o el sonido, sensación de "lentitud", "confusión" o "malestar", dificultades de concentración o memoria, confusión, adormecimiento, irritabilidad o emotividad, ansiedad o nerviosismo, o dificultad para conciliar el sueño).

Otras lesiones graves [Para uso a opción del Distrito/Recomendado pero no exigido por ley]

El _____, el Estudiante que se menciona arriba estuvo involucrado en el siguiente incidente _____

que tuvo como resultado una lesión considerada grave por uno o más de los adultos supervisores. En consecuencia, el Estudiante fue retirado de inmediato de toda participación en el Deporte mencionado y no se le permitirá regresar a la práctica ni participar hasta que el Distrito reciba un alta médica satisfactoria, la que debe ser provista en el Formulario de Alta Médica que figura en el reverso de este formulario.

Lo instamos a que obtenga una evaluación y atención médica por parte de un proveedor de atención médica capacitado para tratar este tipo de lesión.

Fecha: _____

Nombre del entrenador/adulto supervisor en letra de molde: _____

Firma _____



FORMULARIO DE ALTA MÉDICA PARA CONMOCIÓN CEREBRAL Y LESIONES EN LA CABEZA [Y LESIONES GRAVES]

PARTE 1 (COMPLETADA POR UN PADRE O TUTOR LEGAL)

APELLIDO	NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE

1. Fecha en que se efectuó el último examen físico: _____ Médico que lo efectuó/Médico de cabecera: _____
2. ¿El Estudiante ha sido evaluado por algún proveedor de atención médica con carácter de emergencia o urgencia, en los últimos 12 meses? ___No ___Sí
3. ¿El Estudiante ha sufrido dolores de cabeza, presión en la cabeza, dolor en el cuello, náusea o vómito, mareos, vista borrosa, problemas de equilibrio, sensibilidad a la luz o el sonido, sensación de "lentitud", "confusión" o "malestar", dificultades de concentración o memoria, confusión, adormecimiento, irritabilidad o emotividad, ansiedad o nerviosismo, o dificultad para conciliar el sueño? ___No ___Sí
4. ¿El Estudiante ha tenido algún otro síntoma, trastorno o lesión que ha afectado o podría afectar su capacidad para participar sin riesgo en deportes? ___No ___Sí
5. ¿Conoce usted alguna razón por la que el Estudiante actualmente no puede participar sin riesgo en un entrenamiento o actividad deportiva, y/o no debería recibir el alta médica total para regresar a una actividad deportiva? ___No ___Sí

Explique todas las respuestas por "SÍ", describa además cualquier otro hecho que debe ser dado a conocer antes del examen):

AUTORIZACIÓN DEL PADRE/TUTOR: Autorizo al proveedor de atención médica a efectuar una Evaluación para Alta Médica por Conmoción Cerebral y Lesión en la Cabeza [y Lesión Grave]. Debo entregar un alta médica debidamente firmada al Distrito antes de que Estudiante pueda regresar potencialmente a la práctica o participación deportiva. La información anterior es cierta y correcta a mi leal saber y entender.

ESCRIBA EL NOMBRE DEL PADRE O TUTOR EN LETRA DE MOLDE	FIRMA DEL PADRE O TUTOR
DIRECCIÓN:	TELÉFONO DEL TRABAJO TELÉFONO DE LA CASA

PARTE 2 – EVALUACIÓN MÉDICA (COMPLETADA POR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA QUE EXAMINA AL ESTUDIANTE)

Por ley, las altas posteriores a una conmoción cerebral/lesión en la cabeza deben estar a cargo de un Doctor en Medicina (Medical Doctor [MD])/Doctor en Osteopatía (Doctor of Osteopathy [DO]), quien debe declarar en el alta que (1) ha cumplido con la capacitación requerida sobre una conmoción cerebral y (2) ejerce con regularidad en esta especialidad médica. *Código de Ed., art. 49475*

Al firmar este formulario, el MD/DO declara que cumple con esta ley.

Pueden efectuar Evaluaciones para Alta Médica por una Lesión Grave los MD, DO, Asistentes Médicos (Physician's Assistant [PA]) y Enfermeros Practicantes (Nurse Practitioner[NP])

	Normal	Anormal (describa)	
Evaluación general: Ojos/oidos/nariz/garganta/piel/corazón/ pulmones/función pulmonar/abdomen/músculoesquelética			Determinación sobre alta <input type="checkbox"/> Participación ilimitada <input type="checkbox"/> Participación limitada/ deportes. eventos o actividades específicas (describa en la sección de Comentarios) <input type="checkbox"/> Alta pendiente a la espera de otras pruebas/evaluación <input type="checkbox"/> No se autoriza participación deportiva Se DEBE marcar una de las anteriores
Examen de evaluación neurológica (Neurologic Screening Exam [NSE])			
Evaluación para conmoción cerebral/lesión en la cabeza			

Comentarios:

ESCRIBA EL NOMBRE DEL MÉDICO EN LETRA DE MOLDE:	
---	--