



REPORTE de CONCUSIÓN Y LESIÓN de la CABEZA

Estudiante:		Escuela:
Grado:	# de ID del estudiante:	Deporte:
Fecha del incidente:		Entrenador:

Concusiones y lesiones de la cabeza

En _____, el estudiante mencionado arriba estuvo involucrado en el siguiente incidente

_____ que pudo haber resultado en que él / ella sufriera una concusión o una lesión en la cabeza. Como resultado, el estudiante fue inmediatamente retirado de la participación en el deporte enumerado y no se le permitirá que regrese a la práctica o participación hasta que se proporcione una autorización médica satisfactoria al distrito, el cual debe proporcionarse en el formulario con la autorización médica dando de alta al estudiante. Este formulario se encuentra en el reverso de este formulario.

Le recomendamos que busque atención y evaluación médica inmediata, especialmente si el estudiante muestra algún síntoma de concusión cerebral o lesión en la cabeza (incluso dolor de cabeza, presión en la cabeza, dolor de cuello, náuseas o vómitos, mareos, visión borrosa, problemas de equilibrio, sensibilidad a luz o sonido, sentirse “lento”, “confuso” o “mal”, dificultad con la concentración o la memoria, confusión, somnolencia, irritabilidad o emocionalidad, ansiedad o nerviosismo, o dificultad para conciliar el sueño).

Con fecha de: _____

Nombre impreso del entrenador/supervisor adulto: _____

Firma: _____