

Esta información es una referencia rápida a ser llenada para ayudar a identificar una posible conmoción cerebral y como comunicarlo a los padres o representantes.

Proceso de 3 pasos a seguir para la Identificación de una Posible Conmoción Cerebral

Después de un golpe en la cabeza, cara o cuello, o un golpe al cuerpo que alcanzó hasta la cabeza, se debe sospechar la existencia de una conmoción cerebral si se presenta uno o más de los síntomas definidos en la tabla anexa y/o si no se pasa la Evaluación Rápida del Funcionamiento de la Memoria.

1. Marque la casilla correspondiente:

Persona involucrada en el accidente _____ (nombre del estudiante/atleta) el _____ (fecha).

Se le observó para definir si presentaba signos o síntomas de conmoción cerebral.

- No se encontraron los signos o síntomas definidos más adelante cuando se examinó al estudiante o atleta.
Nota: Es importante continuar observando al estudiante/atleta ya que los signos o síntomas pueden surgir horas o días mas tarde (Ver #3 en el inverso de la página).
- Se observaron o reportaron los signos o síntomas siguientes:

Signos o Síntomas de una Posible Conmoción Cerebral	
*Si alguno de estos signos o síntomas empeora, llame al 911.	
Posibles Signos Observados <i>Un signo es algo que otra persona observa (ej. padre/representante, profesor, entrenador, supervisor, compañero).</i>	Posibles Síntomas Reportados <i>Un síntoma es algo que el estudiante/atleta siente o reporta.</i>
<p>Físico</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> pérdida de la conciencia * <input type="checkbox"/> falta de reacción(Seguir el Plan de Acción de Emergencias)* <input type="checkbox"/> vomito <input type="checkbox"/> balbuceo* <input type="checkbox"/> reacción lenta <input type="checkbox"/> poca coordinación o balance* <input type="checkbox"/> mirada perdida/ ojos vidriosos /mirada aturdida <input type="checkbox"/> disminuye su capacidad de jugar <input type="checkbox"/> está tendido inmóvil en el piso* o se demora en levantarse <input type="checkbox"/> amnesia* <input type="checkbox"/> ataques o convulsiones * <p>Cognitivo</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> sujetarse o agarrarse la cabeza <input type="checkbox"/> dificultad para concentrarse <input type="checkbox"/> distraerse fácilmente <input type="checkbox"/> confusión general <input type="checkbox"/> no recuerda sucesos antes y después del accidente (ver Evaluación Rápida del Funcionamiento de la Memoria en el inverso de esta página) <input type="checkbox"/> no sabe la hora, fecha, lugar, clase, tipo de actividad que practicaba <input type="checkbox"/> reacción lenta (ej. Contestando preguntas o siguiendo instrucciones) 	<p>Físico</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> dolor de cabeza <input type="checkbox"/> presión en la cabeza <input type="checkbox"/> dolor de cuello <input type="checkbox"/> sentirse mal <input type="checkbox"/> zumbido en los oídos <input type="checkbox"/> visión doble o borrosa/ pérdida de la visión <input type="checkbox"/> ver estrellas o luces brillantes <input type="checkbox"/> dolor al momento del incidente <input type="checkbox"/> náusea/dolor de estómago/dolor <input type="checkbox"/> problemas de balance o mareo <input type="checkbox"/> fatiga o cansancio <input type="checkbox"/> sensibilidad a la luz o al ruido <p>Cognitivo</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> dificultad para concentrarse o recordar <input type="checkbox"/> letargo, fatiga o sin energía <input type="checkbox"/> mareado o abrumado <p>Emocional/Conductual</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> irritable, triste, más emotivo de lo usual <input type="checkbox"/> nervioso, ansioso, deprimido <p>Otros _____</p>
<p>POR FAVOR VOLTEAR LA PAGINA </p>	

<p>Emocional/Conductual</p> <p><input type="checkbox"/> emociones inapropiadas o extrañas (ej. Reír, llorar o molestarse fácilmente)</p> <p>Otros _____</p>	
--	--

2. Realizar una Evaluación Rápida del Funcionamiento de la Memoria

Hágale al estudiante/atleta las preguntas siguientes, anote las respuestas. Si responde incorrectamente alguna de las preguntas, puede ser indicio de una conmoción cerebral:

¿En qué habitación nos encontramos en este momento? *Respuesta:* _____

¿Qué actividad/deporte/juego estamos realizando en este momento? *Respuesta:* _____

¿En qué campo estamos jugando hoy? *Respuesta:* _____

¿Qué momento del día es? *Respuesta:* _____

¿Cuál es el nombre de tu profesor/entrenador? *Respuesta:* _____

¿En qué escuela estudias? *Respuesta:* _____

3. Acciones a seguir

a) Signos observados o Síntomas reportados:

Si se observa o reporta cualquier señal o síntoma, o si el estudiante/atleta responde incorrectamente alguna de las preguntas arriba mencionadas:

- se debe asumir que existe una conmoción cerebral;
- se debe retirar inmediatamente al estudiante/atleta del juego y no se debe permitir su regreso ese día aunque el estudiante/atleta indique que se siente mejor; y
- el estudiante/atleta no se debe retirar del lugar sin la supervisión de su padre/representante (o la persona contacto para casos de emergencias).

En el caso que se sospeche una conmoción cerebral, el estudiante/atleta debe ser examinado por un médico o enfermera especializada registrada para ser diagnosticado siguiendo el Protocolo de la Junta de Conmoción Cerebral.

b) No se observaron ni reportaron signos o síntomas:

Se debe mantener en observación al estudiante/atleta en las próximas 24 horas ya que los signos o síntomas pueden aparecer inmediatamente después del accidente **o pueden aparecer horas o días después**. Los padres deben observar al estudiante/atleta en su hogar y el personal de la escuela debe observarlo mientras esté en la escuela. Los padres/representantes pueden utilizar la tabla al principio de la información de esta forma para observar los signos o síntomas.

Si cualquiera de los signos o síntomas aparecen, un médico o enfermera especializada registrada debe examinarlo ese día lo antes posible.

Persona contacto de la escuela: _____

Fecha: _____

Nombre del estudiante/atleta: _____

Después de utilizar la Herramienta para Identificar una Posible Conmoción Cerebral (Forma C-2), se debe hacer un Reporte de Accidentes al OSBIE, indicando el uso de la herramienta y que el padre/representante ha recibido la Documentación requerida para el Control/Examen Médico (Forma C-3)