

Se le entrega esta forma al padre/representante conjuntamente con la Herramienta para Identificar una Posible Conmoción Cerebral (Forma C-2). Se requiere la firma del padre/representante para que la escuela acepte esta forma.

_____ (nombre del estudiante/atleta) _____ (fecha), recibió un golpe en la cabeza, cara o cuello o un golpe en el cuerpo que alcanzó hasta la cabeza, y como resultado puede haber sufrido una Conmoción Cerebral.

Resultados del estudio inicial utilizando la Herramienta para Identificar una Posible Conmoción Cerebral:

- NO SE OBSERVARON SENALES NI SINTOMAS AL MOMENTO DEL INCIDENTE.**
Sin embargo, los signos o síntomas pueden surgir más tarde dentro de un periodo de 24 horas. Su hijo/representado no debe participar en actividades físicas en un periodo de 24 horas. El padre/representante debe hacerle seguimiento a su hijo/representado mientras que este en el hogar siguiendo la Herramienta para Identificar una Posible Conmoción Cerebral (Forma C-2). El personal de la escuela le hará seguimiento al estudiante/atleta cuando se encuentre en la escuela.

Acciones: Si durante el periodo de seguimiento no aparecen los signos o síntomas, el padre/representante debe completar la siguiente sección de Resultados del Seguimiento antes de que su hijo/representado puede regresar a la escuela.

Resultados del Seguimiento

- En mi carácter de padre/representante, mi hijo/representado ha estado bajo observación por 24 horas, y no se han observado signos o síntomas.

Firma del Padre/Representante: _____ Fecha: _____

Comentarios: _____

- SIGNOS Y SINTOMAS OBSERVADOS:** _____ AL MOMENTO DEL INCIDENTE
_____ DURANTE EL PERIODO DE SEGUIMIENTO DE 24 HORAS

Utilice la Herramienta para Identificar una Posible Conmoción Cerebral (Forma C-2) entregada por el profesor/entrenador/supervisor para identificar las signos y síntomas observados en el momento del incidente/durante el periodo de seguimiento de 24 horas

Acciones: Un médico o enfermera especializada registrada debe evaluar a su hijo/representado lo antes posible; y después del examen médico se debe regresar al director de la escuela la forma Resultados del Examen Médico (mencionada más adelante).

Resultados del Examen Médico

- Mi hijo/representado ha sido evaluado y **no se le diagnosticó una conmoción cerebral** por lo tanto puede reasumir completamente su participación en sus estudios y en actividades físicas sin restricciones.
- Mi hijo/representado ha sido evaluado y **se le diagnosticó una conmoción cerebral** por lo tanto debe empezar un Plan de Regreso al Estudio/Regreso a la Actividad Física gradual, individualizado y supervisado por un médico (Forma C-4).

Firma del Padre/Representante: _____ Fecha: _____

Comentarios: _____