



Forma C-4

*Documentación cuando una Conmoción Cerebral es Diagnosticada  
Plan Regreso al Estudio/Regreso a la Actividad Física*

Los padres/representantes y personal contacto de la escuela deben utilizar esta forma para informar el progreso del plan del hijo/representado.

El Plan Regreso al Estudio/Regreso a la Actividad Física es un enfoque combinado de esfuerzo de colaboración entre el hogar y la escuela.

Se debe completar el Paso 2a del Regreso al Estudio antes de permitir que el estudiante regrese a la actividad física.

Cada paso debe durar por lo menos 24 horas (Nota: el Paso 2b de Regreso al Estudio y el Paso 2 de Regreso a la Actividad Física deben realizarse simultáneamente).

Se deben seguir todos los pasos.

**Regreso al Estudio/Regreso a la Actividad Física - Paso 1**

(Se debe completar antes de pasar al Paso 2a)

- *Se completó en el hogar.*
- *Descanso Cognitivo - incluye actividades limitantes que requieren de concentración y atención (ej. leer, escribir mensajes de texto, ver televisión, usar la computadora, jugar video juegos/electrónicos).*
- *Descanso Físico - incluye actividades físicas limitantes a la recreación, entretenimiento y competencia.*

- Mi hijo/ representado ha completado el Paso 1 del Plan Regreso al Estudio/Regreso a la Actividad Física (descanso cognitivo y físico en el hogar) y **sus síntomas han mostrado mejoría**. Mi hijo/representado está preparado a proceder con el Paso 2a de Regreso al Estudio.
- Mi hijo/ representado ha completado el Paso 1 del Plan Regreso al Estudio/Regreso a la Actividad Física (descanso cognitivo y físico en el hogar) y **no presenta síntomas**. Mi hijo/representado está preparado a proceder directamente al Paso 2b de Regreso al Estudio y Paso 2 de Regreso a la Actividad Física.

Firma del padre/representante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Comentarios:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del Director/Persona contacto de la escuela: \_\_\_\_\_

**Una vez llenada la forma se entrega una copia al OSR**



Forma C-4

*Documentación cuando una Conmoción Cerebral es Diagnosticada  
Plan Regreso al Estudio/Regreso a la Actividad Física*

---

**Regreso de los Síntomas**

- Mi hijo/representado presenta nuevamente los signos y/o síntomas de conmoción cerebral y ha sido examinado por un médico/enfermera especializada registrada, quien ha aconsejado su regreso al:

**Paso \_\_\_\_\_ del Plan - Regreso al Estudio/Regreso a la Actividad Física**

Firma del padre/representante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Comentarios:

---

---

Si los síntomas regresan en cualquier momento durante los pasos siguientes, por favor consulte la sección “Regreso de los Síntomas” en la página 2 de esta forma.

### **Regreso al Estudio - Paso 2a**

- *El estudiante regresa a la escuela.*
  - *Requiere de estrategias y/o enfoques individuales en el salón de clase que aumenten la actividad cognitiva.*
  - *Descanso físico - incluye actividades físicas limitantes a la recreación/entretenimiento y competencia.*
- Mi hijo/representado ha estado siguiendo las estrategias y/o enfoques individualizados en el salón de clase y **no presenta síntomas**. Mi hijo/representado está preparado a proceder al Paso 2b de Regreso al Estudio y Paso 2 de Regreso a la Actividad Física.

Firma del padre/representante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Comentarios:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Regreso al Estudio - Paso 2b**

- *El estudiante regresa a las actividades regulares de estudio en la escuela.*

### **Regreso a la Actividad Física - Paso 2**

- *El estudiante puede participar solo en actividades físicas aeróbicas leves e individuales.*
  - *El estudiante continúa con las actividades regulares de estudio.*
- Mi hijo/representado no presenta síntomas después de haber practicado actividad física aeróbica leve. Mi hijo/representado está preparado a proceder al Paso 3 de Regreso a la Actividad Física.
- Se debe regresar la Forma C-4 a la persona contacto de la escuela para registrar el progreso durante los Pasos 3 y 4.

Firma del padre/representante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si los síntomas regresan en cualquier momento durante los pasos siguientes, por favor consulte la sección “Regreso de los Síntomas” en la página 2 de esta forma.

### Regreso a la Actividad Física - Paso 3

- *El estudiante puede empezar solo actividades físicas específicas-deportes individuales.*

### Regreso a la Actividad Física - Paso 4

- *El estudiante puede empezar con actividades que no requieran de contacto físico (ej. baile, bádminton); entrenamiento leve de resistencia/pesas; ejercicios que no requieran contacto físico; y práctica de ejercicios específicos que no requieren contacto físico.*

- El estudiante ha completado satisfactoriamente con los Pasos 3 y 4 y no presenta síntomas.
- La persona contacto de la escuela debe regresar la Forma C-4 al padre/representante para que solicite el diagnóstico y la firma del médico/enfermera especializada registrada.

Nombre la persona contacto de la escuela: \_\_\_\_\_

### Examen Médico

- Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del médico/enfermera especializada registrada) le he realizado un examen médico a \_\_\_\_\_ (nombre del estudiante) y confirmo que él/ella continúa sin presentar síntomas y puede regresar a las clases regulares de educación física/actividades internas/actividades intercolegiales de deportes que no requieran contacto físico y entrenamiento/práctica de deportes de contacto.

Firma del médico/enfermera especializada registrada: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Comentarios:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Se debe regresar esta forma C-4, debidamente firmada por el médico/enfermera especializada registrada, a la persona contacto de la escuela antes de que el estudiante pueda proceder al Paso 5.

Si los síntomas regresan en cualquier momento durante los pasos siguientes, por favor consulte la sección “Regreso de los Síntomas” en la página 2 de esta forma.

### **Regreso a la Actividad Física - Paso 5**

- *El estudiante puede reasumir actividades de educación física/actividades intramuros/actividades intercolegiales de deportes que no requieran de contacto físico y entrenamiento/prácticas de deportes de contacto.*

Se debe regresar esta forma C-4 al padre/representante para su firma final:

- Mi hijo/representado no presenta síntomas aun después de haber participado en actividades y prácticas que involucran contacto físico y tiene mi consentimiento para participar en pleno, inclusive participar en competencias.

Firma del padre/representante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

### **Regreso a la Actividad Física - Paso 6**

- *El estudiante puede reasumir completamente y sin restricciones su participación en deportes de contacto.*