



CONCUSSION RETURN TO PLAY FORM

Athlete's Name: _____ Date of Birth: _____

Date of Injury: _____

This return to play plan is based on today's evaluation.

Date of Evaluation: _____

Care Plan completed by: _____

Return to this office date/time: _____

Return to School date: _____

RETURN TO SPORTS INFO:

1. Athletes should not return to practice or play the same day that their injury occurred.
2. Athletes should never return to play or practice if they still have ANY symptoms – serious injury or death (although rare) can result.
3. Athletes, be sure that your coach and/or athletic trainer are aware of your injury, symptoms and have the contact information for the healthcare provider treating your concussion.

Please initial:

_____ The athlete reports that he/she has no symptoms while participating in daily activities at this time.

_____ I have educated the athlete and parents/guardian about the dangers of returning to play before symptoms have cleared.

The following are the return to sports recommendations at this time: (Please initial any recommendations selected)

PHYSICAL EDUCATION CLASS:

_____ Do NOT return to PE class at this time. (See "Return to this office date/time" above.)

_____ Student MAY return to PE class after completion of Gradual Return to Play Plan (on back).

SPORTS:

_____ Do NOT return to sports practice or competition at this time.

_____ May GRADUALLY return to sports **activities** following the Gradual Return to Play Plan described on the back, under the supervision of the healthcare professional for your school or team.

_____ May be advanced back to **competition** after successful completion of the Gradual Return to Play Plan described on the back and after a **phone conversation** with treating healthcare provider.

_____ Must **return to the treating healthcare provider** for final clearance to return to competition after completing the Gradual Return to Play Plan. (See "Return to this office date/time" above.)

_____ All steps of Return to Play Plan have been completed successfully. Cleared for full participation in all activities without restriction.

_____ No concussion suspected, cleared for full participation without a gradual return to play plan.



CONCUSSION RETURN TO PLAY FORM

Treating Healthcare Provider Information (Please print or stamp):

Provider's Name: _____ Provider's Office Phone: _____

Provider's Signature: _____ Office Address: _____

Please check:

____ Medical Doctor (MD) w/ concussion training ____ Clinical Neuropsychologist w/concussion training

____ Osteopathic Physician (DO)

GRADUAL RETURN TO PLAY PLAN

Return to play should occur in gradual steps beginning with light aerobic exercise only to increase your heart rate (e.g. stationary cycle); moving to increasing your heart rate with movement (e.g. running); then adding controlled contact if appropriate; and finally return to sports competition.

Pay careful attention to your symptoms and your thinking and concentration skills at each stage of activity. After completion of each step **without recurrence of symptoms and no pain medication**, you can move to the next level of activity the next day. Move to the next level of activity only if you do not experience any symptoms at the present level. If your symptoms return, let your healthcare provider know, return to the first level of activity and restart the program gradually. This Gradual Return to Play process is for your own safety. Returning to play while still experiencing symptoms can result in serious injury or death. It is critical that you honestly report your symptoms to your doctor, coach and healthcare professional at the school.

GRADUAL RETURN TO PLAY PLAN:

"Day 1" means first day cleared to participate in Gradual Return to Play Plan, not first day after injury.

Day 1: Low levels of physical activity (i.e symptoms do not come back during or after the activity). This includes walking, light jogging, light stationary biking and light weightlifting (low weight – moderate reps, no bench, no squats).

Day 2: Moderate levels of physical activity with body/head movement. This includes moderate jogging, brief running, moderate intensity on the stationary cycle, moderate intensity weightlifting (reduced time and or reduced weight from your typical routine).

Day 3: Heavy non-contact physical activity. This includes sprinting/running, high intensity stationary cycling, completing the regular lifting routine, non-contact sport-specific drills (agility with 3 planes of movement).

Day 4: Sports-specific practice.

Day 5: Full contact in a controlled drill or practice.

Day 6: Return to competition.

This form is adapted from the Acute Concussion Evaluation Care Plan on the Center for Disease Control and Prevention website

(www.cdc.gov/injury) and the TN Return to Learn/Return to Play Concussion Management Guidelines

(https://www.tn.gov/content/dam/tn/health/documents/Returning_to_Learn_Guidelines.pdf). All medical providers are encouraged to review both sites if they have questions regarding the latest information on the evaluation and care of the youth athlete following a concussion injury.



FORMULARIO PARA REGRESAR A JUGAR DESPUÉS DE UNA CONMOCIÓN CEREBRAL

Nombre del atleta: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha de lesión: _____

Este plan para regresar a jugar está basado en la evaluación del día de hoy.

Fecha de evaluación: _____

Plan de cuidados completado por: _____

Fecha/hora de regreso a esta oficina: _____

Fecha de regreso a la escuela: _____

INFORMACIÓN DE REGRESO A DEPORTES:

1. Los atletas no deben regresar a practicar o jugar el mismo día que ocurrió su lesión.
2. Los atletas nunca deben regresar a jugar o practicar si aún tienen CUALQUIER síntoma - de lo contrario se puede ocasionar una lesión grave, incluso la muerte (aunque esta última no es común).
3. Atletas: Asegúrense de que su entrenador y/o adiestrador atlético estén conscientes de su lesión, síntomas y tengan la información de contacto del proveedor de servicios médicos que está atendiendo su conmoción cerebral.

Escriba sus iniciales:

_____ El atleta reporta que no tiene síntomas mientras participa en actividades diarias en este momento.

_____ He informado al atleta y a sus padres/tutores acerca de los peligros de regresar a jugar antes de que los síntomas hayan desaparecido.

.....
A continuación se enumeran recomendaciones para regresar a los deportes en este momento: (Favor de escribir sus iniciales en cualquier recomendación seleccionada)

CLASE DE EDUCACIÓN FÍSICA:

_____ NO regrese a clase de Educación Física en este momento. (Consulte "Fecha/hora de regreso a esta oficina" arriba.)

_____ El alumno PUEDE regresar a clase de Educación Física después de completar el Plan Gradual para Regresar a Jugar (al reverso).

DEPORTES:

_____ NO regrese a prácticas de deporte o competencias en este momento.

_____ Puede regresar GRADUALMENTE a **actividades** deportivas siguiendo el Plan Gradual para Regresar a Jugar descrito al reverso, bajo la supervisión del profesionales de atención médica para su escuela o equipo.



_____ Puede avanzar, regresando a **competir** después de haber completado exitosamente el Plan Gradual para Regresar a Jugar descrito al reverso después de una **conversación telefónica** con el proveedor de atención médica que lo está tratando.

_____ Debe **regresar al proveedor de atención médica que lo está tratando** para la autorización final para regresar a la competencia después de completar el Plan Gradual para Regresar a Jugar. (Consulte "Fecha/hora de regreso a esta oficina" arriba.)

_____ Todos los pasos del Plan para Regresar a Jugar han sido completados exitosamente. Autorizado para participación total en todas las actividades sin restricción.

_____ No se sospecha conmoción cerebral, autorizado para participación completa sin un Plan Gradual para Regresar a Jugar .

Información para el Proveedor de Atención Médica que está tratando al atleta (Escribir con letra de molde o sellar):

Nombre del proveedor: _____ Teléfono de la oficina del proveedor: _____

Firma del proveedor: _____

Domicilio de la oficina: _____

Favor de marcar:

_____ Médico general (MD) capacitado en conmoción cerebral _____ Neuropsicólogo clínico capacitado en
conmoción cerebral

_____ Médico especialista en osteopatía (DO)

PLAN GRADUAL PARA REGRESAR A JUGAR

El regreso a jugar deportes debe ocurrir en pasos graduales comenzando con un ejercicio aeróbico ligero sólo para incrementar su ritmo cardíaco (ej. ciclo estacionario); moviéndose para incrementar su ritmo cardíaco con movimiento (ej. corriendo); luego agregando contacto controlado si es apropiado; y finalmente, regresando a competencias deportivas.

Ponga atención cuidadosa a sus síntomas y sus habilidades de pensamiento y concentración en cada etapa de la actividad. Después de completar cada paso **sin recurrencia de síntomas y sin medicamentos para el dolor**, puede avanzar al siguiente nivel de actividad el siguiente día. Avance al siguiente nivel de actividad sólo si no experimenta ningún síntoma en el presente nivel. Si sus síntomas regresan, avise a su proveedor de atención médica, regrese al primer nivel de actividad y restablezca el programa gradualmente. Este Proceso Gradual para Regresar a Jugar es por su propia seguridad. Regresar a jugar mientras aún experimenta síntomas, puede dar como resultado graves lesiones, incluso la muerte. Es crítico que usted informe con honestidad sus síntomas a su doctor, entrenador y profesional de atención médica en la escuela.



PLAN GRADUAL PARA REGRESAR A JUGAR:

“Día 1” significa primer día autorizado para participar en el Plan Gradual para Regresar a Jugar, no el primer día después de la lesión.

Día 1: Niveles bajos de actividad física (ej. Los síntomas no regresan durante o después de la actividad). Esto incluye caminar, trotar ligeramente, hacer bicicleta estacionaria ligera o levantamiento de pesas ligero (bajo peso, repeticiones moderadas, sin banco, sin acuclillarse).

Día 2: Niveles moderados de actividad física con movimiento de cuerpo/cabeza. Esto incluye trotar moderadamente, correr brevemente, intensidad moderada del ciclo estacionario, intensidad moderada de levantamiento de pesas (tiempo reducido o peso reducido de la rutina típica).

Día 3: Actividad física pesada que no sea de contacto. Esto incluye correr/sprints, bicicleta estacionaria de alta intensidad, completar la rutina de levantamiento de pesas regular, rutinas específicas a un deporte sin contacto (agilidad con 3 planos de movimiento).

Día 4: Práctica específica a un deporte.

Día 5: Contacto completo en una práctica o rutina controlada.

Día 6: Retornar a competencia.

Este formulario está adaptado del Plan de Cuidados de Evaluación para Conmoción Cerebral Aguda en el sitio web del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (www.cdc.gov/injury) y las Directrices gerenciales TN para regresar a aprender/jugar después de una conmoción cerebral (https://www.tn.gov/content/dam/tn/health/documents/Returning_to_Learn_Guidelines.pdf). Se les exhorta a todos los proveedores de atención médica a revisar ambos lados si tienen preguntas respecto a la última información sobre la evaluación y cuidado de los atletas jóvenes después de una lesión de conmoción cerebral.