



## Return to Academics - K - 12 Concussion Guidelines

Student Name: \_\_\_\_\_ Date of Injury: \_\_\_\_\_

Provider's Signature: \_\_\_\_\_ Date of Exam: \_\_\_\_\_

This student has been diagnosed with a concussion on ..... and is currently under our care. We suggest the following recommendations be implemented to avoid increasing concussion symptoms and delaying recovery.

**Current Symptom List** (Student's complaints as of today, please check all that apply)

- |   |   |   |  |   |
|---|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Headache               | <input type="checkbox"/> Difficulty concentrating | <input type="checkbox"/> Sensitivity to light   | <input type="checkbox"/> Nausea  | <input type="checkbox"/> Balance problems       |
| <input type="checkbox"/> Decreased sleep        | <input type="checkbox"/> Visual problems          | <input type="checkbox"/> Irritability           | <input type="checkbox"/> Trouble focusing                              | <input type="checkbox"/> Increased sleep        |
| <input type="checkbox"/> Dizziness              | <input type="checkbox"/> Drowsiness               | <input type="checkbox"/> Feeling slowed down    | <input type="checkbox"/> Difficulty remembering                        | <input type="checkbox"/> Trouble falling asleep |
| <input type="checkbox"/> Sensitivities to noise | <input type="checkbox"/> Difficulty concentrating | <input type="checkbox"/> Feeling more emotional | <input type="checkbox"/> Fatigue with or without cognitive functioning |   |

Please allow the following academic recommendations from ..... through .....

**Attendance Breaks**

- No school for ..... days.  Allow student to go to the nurses' office or rest if symptoms increase.  Partial attendance at school.  
 Full school as tolerated.  Allow student to go home if symptoms do not subside after resting for 15-20 minutes.

**Visual Symptoms**

- Pre-printed notes or note taker.

**Audio Stimulus**

- Avoid smart boards, projectors, computers, TV screen or bright screens.  Allow student to leave class 5 minutes early to avoid noisy hallways.  Enlarge font when possible.  Lunch in a quiet area.  Audible learning (books on tape, reading out loud, discussions, text to speech).

**Workload/Multi-Tasking**

- No homework.  No music/choir/band lass  Reduce overall amount of make-up work, classwork, and homework when possible.

**Testing**

- Limit homework to ..... minutes a night  Extra time to complete tests (total for all subjects).  No more than one test per day.  
 Eliminate non-essential make-up work.  Oral testing.  Excuse from homework if unable to complete.  Open book testing due to increased concussion symptoms.  Multiple choice testing.  Testing in a quiet environment.

**Physical Exertion**

- Modify content of tests when possible.  Quiet activity during recess.  No physical exertion/P.E.  Begin return to play protocol prior to returning to P.E. and Intramurals.

**Additional Recommendations:**

  
  
  
  

Physician's Stamp:.....



## Regreso al Estudio: Pautas de Conmoción Cerebral K - 12

Nombre de estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de lesión: \_\_\_\_\_  
 Firma del médico: \_\_\_\_\_ Fecha del examen: \_\_\_\_\_

Este estudiante ha sido diagnosticado con una conmoción cerebral el ..... y actualmente está bajo nuestro cuidado. Sugerimos que se implementen las siguientes recomendaciones para evitar aumentar los síntomas de conmoción cerebral y retrasar la recuperación.

**Lista de síntomas actuales** (Quejas de los estudiantes a partir de hoy, marque todas las que correspondan)

- |  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza       | <input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz   | <input type="checkbox"/> Náusea                                    | <input type="checkbox"/> Problemas de equilibrio |
| <input type="checkbox"/> Disminución del sueño | <input type="checkbox"/> Problemas visuales           | <input type="checkbox"/> Irritabilidad           | <input type="checkbox"/> Dificultad para enfocarse                 | <input type="checkbox"/> Aumento del sueño       |
| <input type="checkbox"/> Mareo                 | <input type="checkbox"/> Somnolencia                  | <input type="checkbox"/> Sensación de lentitud   | <input type="checkbox"/> Dificultad para recordar                  | <input type="checkbox"/> Problemas para dormirse |
| <input type="checkbox"/> Sensibilidad al ruido | <input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse | <input type="checkbox"/> Sintiendo más emocional | <input type="checkbox"/> Fatiga con o sin funcionamiento cognitivo |  |

Por favor permita las siguientes recomendaciones académicas desde ..... Permita que el estudiante vaya a la oficina de enfermería o descansa si los síntomas aumentan. .. hasta .....

**Asistencia Descansos**

- No escuela por ..... días.  Permita que el estudiante vaya a la oficina de enfermería o descansa si los síntomas aumentan.  Asistencia parcial a la escuela.  Escuela completa según lo tolerado.  Permita que el estudiante se vaya a casa, si los síntomas no disminuyen después de descansar durante 15-20 minutos.

**Síntomas Visuales**

- Notas preimpresas o tomador de notas.  Evitar pizarras inteligentes, proyectores,

**Estímulo de Audio**

- computadoras, pantallas de TV o pantallas brillantes  Permita que el estudiante salga de la clase 5 minutos antes para evitar pasillos ruidosos.  Ampliar tamaño de texto cuando sea posible.  Almuerzo en una zona tranquila.

**Carga de trabajo / Multitarea**

- Aprendizaje audible (libros en cinta, lectura en voz  No dar tarea alta, debates, texto a voz)  Reducir la cantidad total de trabajo de recuperación,  No clase de música / coro / banda trabajo en clase y tarea cuando sea posible.  Limitar la tarea a ..... minutos por noche

**Exámenes** (total para todas las materias)

- Tiempo adicional para completar los exámenes.  Eliminar el trabajo de recuperación no esencial  No más de un examen por día.  Excusar de la tarea si no puede completar  Examen oral. debido al aumento de los síntomas de conmoción  Examen de libro abierto. cerebral.  Examen de opción múltiple.  Exámenes en un ambiente tranquilo.

**Esfuerzo Físico**

- Modificar el contenido de los exámenes cuando sea  Actividad tranquila durante el recreo posible.  Comenzar el protocolo de regreso al juego antes de  No esfuerzo físico / educación física regresar a la educación física e actividades extracurriculares.

**Recomendaciones adicionales:**



BEDFORD CENTRAL SCHOOL DISTRICT

**School Health Services**

THE FOX LANE CAMPUS, P.O. BOX 180  
MOUNT KISCO, NEW YORK 10549  
914-241-6000

Dr. Robert Glass  
Superintendent of Schools

Dr. Louis Corsaro  
Medical Director

---

Sello del médico: .....