



Informe de lesiones en la cabeza de SMUHSD

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
Número de identificación del estudiante: _____ Escuela: _____

Debido a la naturaleza inconsistente de las lesiones en la cabeza, los estudiantes que hayan sufrido cualquier contacto o golpe que pueda afectar a la cabeza o los hombros debe ser observado de cerca durante al menos 24 horas después de ocurrido el incidente. Los síntomas que indican una lesión en la cabeza no suelen aparecer durante varias horas o hasta el día siguiente. La gravedad del golpe no siempre determina si un estudiante sufrirá o no una lesión cerebral o craneal.

Es posible que desee programar una cita con el proveedor de atención médica autorizado de su estudiante. Cuando un estudiante recibe un golpe o sacudida en la cabeza o sufre un movimiento de tipo latigazo de la cabeza o el cuello, se recomienda observarlos para detectar los siguientes síntomas (adoptados de la CIF) que podrían indicar un hematoma subdural y la necesidad de atención médica inmediata*:

1. Náuseas o vómitos repetidos
2. Letargo: ¿Tiene el estudiante mucho sueño a la hora de despertarse? ¿Se le puede despertar al estudiante del sueño?
3. Confusión mental/desorientación/irritabilidad: ¿Puede el estudiante recordar su nombre, dirección, edad, etc.?
4. Falta de movimiento/debilidad/entumecimiento: ¿Puede el estudiante mover brazos y piernas adecuadamente?
5. Falta de equilibrio/inestabilidad en los pies
6. Tamaño desigual o dilatación de las pupilas de los ojos/Cambios en la visión (visión doble, borrosa)
7. Dolor de cabeza prolongado o cada vez más intenso.
8. Pérdida del conocimiento (LOC)
9. Rigidez de cuello
10. Comportamiento inusual/Habla arrastrada
11. Convulsiones/ataques (sacudidas incontroladas de brazos/piernas)
12. Secreción de sangre o líquido claro por la nariz o el oído.
13. Pérdida de control de esfínteres
14. Pulso lento

En caso de que aparezca alguno de los síntomas anteriores, consulte inmediatamente a su médico. Pídale a su médico que complete el siguiente documento y se lo devuelve a la Asistente de la Oficina de Salud o al entrenador de atletismo de su escuela.

*Además de la conmoción cerebral, las lesiones en la cabeza pueden causar hematomas en la cabeza o la cara. Si un vaso sanguíneo debajo del cráneo se daña y comienza a sangrar, esto se llama hematoma subdural. Esta hemorragia puede ocurrir lentamente, por lo que es posible que la persona lesionada no presente problemas hasta horas o muchos días después. Los síntomas del hematoma subdural pueden ser: somnolencia durante el día; vómitos; empeoramiento del dolor de cabeza; sangre o líquido claro que sale de la nariz o el oído; debilidad unilateral de brazos, manos o piernas; pupilas desiguales o dilatadas; coma. Si observa alguno de estos síntomas, lleve a su hijo a la sala de emergencias.



SMUHSD Head Injury Referral

Student's Name: _____ DOB: _____
Student ID#: _____ School: _____

INJURY STATUS:

Date of Concussion Diagnosis by MD/DO: _____ Date of Injury: _____

(Please mark appropriate box below):

☐ Has been diagnosed by a MD/DO with a concussion and is currently under our care.

Medical follow-up evaluation is scheduled for (date): _____

☐ Was evaluated and did not have a concussion injury. There are no limitations on school and physical activity.

ACADEMIC ACTIVITY STATUS (Please mark all that apply):

☐ This student is not to return to school until _____ (date).

☐ This student may begin to return to school based on graduated progression through the [CIF Concussion Return to Learn Protocol](#).

☐ This student requires the necessary school accommodations set forth on the [CIF Physician Recommended School Accommodations Following Concussion](#) form.

☐ This student may be released to full academic participation.

Comments: _____

PHYSICAL ACTIVITY STATUS (Please mark all that apply):

☐ This student is not to participate in physical activity of any kind until _____ (date).

☐ This student may begin a graduated return to play progression (see [CIF Concussion RTP Protocol](#) form).

☐ This student has medical clearance for unrestricted athletic participation, once student has completed the [CIF Concussion RTP Protocol](#).

Comments: _____

Physician (MD/DO) Signature: _____ Exam Date: _____

Physician Stamp (required) and Contact Info:

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____