

DISTRITO DE ESCUELAS PRIMARIAS DE CHULA VISTA
84 East "J" STREET • CHULA VISTA, CALIFORNIA 91910 • (619)425-9600

RECOMENDACIÓN ESCOLAR PARA UNA EVALUACIÓN DE SALUD POR LOS SÍNTOMAS DE CONMOCIÓN CEREBRAL

(Las escuelas deben conservar una copia del formulario completado antes de enviarlo al médico)

FECHA: _____

PARA: Proveedor de salud con licencia de California

DE: Miembro del personal enviando la recomendación: _____

Puesto: ☐ Enfermera ☐ Entrenador ☐ Entrenador atlético ☐ Técnico de salud ☐ Director ☐ Otro

RE: Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Escuela: _____ **Grado:** _____ **Maestro o salón:** _____

Yo, el padre/tutor, autorizo la divulgación de información sobre la conmoción cerebral y el manejo, entre esta escuela y los médicos del estudiante:

Nombre: _____

(Firma del padre o tutor)

(Nombre impreso del padre o tutor)

Estimado proveedor de atención médica con licencia:

Se observó que este estudiante tenía estos síntomas o signos después de una lesión (inmediatamente o en cuestión de horas):

☐ Mareos/"viendo estrellas" ☐ Pérdida temporal de la conciencia ☐ Confusión/Aturdido ☐ Náusea ☐ Vómito
☐ Amnesia sobre un evento ☐ Sensibilidad hacia la luz o ruidos ☐ Zumbido en los oídos ☐ Discurso incoherente
☐ Demora para responder a preguntas ☐ Parecer aturdido ☐ Fatiga ☐ Problema de concentración/memoria
☐ Irritabilidad o cambio de personalidad ☐ *Dolor de cabeza/sentir presión en la cabeza (*si es atribuible a una herida, hematoma, entonces inadecuado solo para diagnosticar una conmoción cerebral).

O: ☐ Examen estandarizado de conmoción cerebral adjunto a este formulario (por ejemplo: SCAT)

La lesión ocurrió el _____ (fecha) aproximadamente a las _____ (hora).

Los detalles que la lesión ocurrida son (por ejemplo: cual deporte/actividad, parte de la cabeza o cuerpo golpeada, naturaleza del objeto, fuerza, etc.): _____

Testigo(s) de la lesión y/o las señales/síntomas de conmoción cerebral fueron (marque todo lo que aplique):

☐ Miembros del personal (nombres y ubicaciones): _____

☐ Compañeros atletas (no nombres) ☐ Auto reporte del estudiante lesionado ☐ Padre/tutor del estudiante lesionado

☐ Otro _____

Los estudiantes sospechados de haber sufrido una conmoción cerebral deben haber cumplido con el protocolo "regresar a jugar" con duración de no menos de siete días bajo la supervisión de un proveedor de salud con licencia (médico o doctor). Esta escuela solicita información referente al examen médico de hoy y del plan de manejo de salud. Adjunto encontrará un formulario de: ☐ Regreso a clases y/o ☐ Regreso a jugar de usted (u otro doctor) para llenar. ☐ Lesión de la cabeza – Formulario de Notificación a los Padres (la página 2 proporciona las señales de alerta de un hematoma subdural).

A ser completado por el médico examinador: He revisado el historial anterior sobre los síntomas de conmoción cerebral y concluyo que sí ocurrió una conmoción cerebral o existe la probabilidad de haber ocurrido y prescribo lo siguiente:

☐ **Recomendación estándar para el tratamiento inicial:** Primer día después de la lesión, permanecer en casa, descanso cognitivo, ninguna actividad física. Cuando el estudiante tolera caminar por 15 minutos sin tener síntomas, puede empezar la escuela por medio día el primer día y días enteros después, según sea tolerado.

Adjunto vea los formularios completados: ☐ Instrucciones de regreso a clases ☐ Instrucciones de regreso a jugar [Código de educación 49475 y 35179.5, médico o doctor; mínimo de 7 días].

☐ Yo mismo haré el seguimiento de este paciente o ☐ El seguimiento del paciente se hará por: _____
(Nombre del médico familiar o especialista).

FAVOR de devolver este formulario a:

Firma del clínico examinador

Fecha

Nombre impreso: _____

Nombre impreso del clínico examinador

Escuela o dirección: _____

Número de teléfono

Tel: _____ **FAX: _____

Nombre de la clínica/Dirección

LESIONES EN LA CABEZA – NOTIFICACIÓN A LOS PADRES

Estimados padres:

Hoy, _____ recibió un golpe en la cabeza.

(Nombre del estudiante)

Su estudiante fue revisado en la enfermería escolar. Usted debe observar a su estudiante por si se presenta(n) los siguientes síntomas:

- Dolor de cabeza severo.
- Somnolencia excesiva, (despierte al estudiante por lo menos dos veces durante la noche), o si tiene dificultad para despertarlo.
- Náusea y/o vomito.
- Vista doble o borrosa, o diferentes tamaños de pupila.
- Pérdida de coordinación de músculo como caerse, tambalearse o caminar de forma extraña.
- Comportamiento extraño como confusión, respiración irregular o vértigos.
- Convulsiones (ataques).
- Sangrado o liquido excepcional por el oído, la nariz o la boca.

Por favor consulte inmediatamente a su médico o sala de emergencias si usted nota alguno de estos síntomas.

Firma/Título del miembro del personal escolar

Fecha

Escuela

Número de teléfono