**Lista de verificación para la participación en atletismo**

Estimado Padre / Tutor,

Adjunto encontrará la documentación requerida para que su hijo participe en los deportes de la escuela intermedia y secundaria en el Distrito Escolar Dos de Richland. Lea esta información por completo y no dude en comunicarse con el departamento de atletismo de la escuela de su hijo si tiene alguna pregunta o inquietud. Todos los formularios deben completarse antes de la participación. en cualquier actividad relacionada con el atletismo. Esto incluye, entre otros, pruebas, acondicionamiento, levantamiento de pesas, práctica, partidos, encuentros, eventos o juegos.

Utilice la siguiente lista de verificación como guía para asegurarse de que la participación de su hijo en el atletismo no se retrase.

***Deportes de la escuela secundaria***

*IMPORTANTE: Si su hijo jugará o está pensando en practicar un deporte en la escuela secundaria consulte el paquete de la escuela secundaria para obtener instrucciones sobre cómo crear una cuenta de Student Central y cargar/completar formularios. allí ANTES de enviar el examen físico a la escuela intermedia.*

____ Formulario de participación y salud deportiva: incluye acuse de recibo de información sobre conmociones cerebrales (las hojas informativas sobre conmociones cerebrales deben ser revisadas por los padres y atletas antes de firmar este formulario.)

____ SCHSL Forma física (2 páginas).
**Historia completada de forma completa y precisa, atleta marcado como "autorizado" y examen físico firmado por un MD, DO, PA o NP, con fecha posterior al 1 de abril del año escolar anterior. Preferiblemente un documento original.*

____ Dupdo de Partida de Nacimiento entregada al Athletic Director.
** Enviado una vez para verificar la edad del estudiante.*

____ Tarifa de participación atlética $50.00
* Se *paga una vez por año escolar independientemente de la cantidad de deportes jugados (cubre las 3 temporadas).*

***Formularios especiales: consulte con el director deportivo de la escuela para determinar los requisitos específicos.***

____ Formularios de Transferencia *(Estudiantes nuevos al colegio.)*

____ Formulario de elegibilidad para la escuela intermedia
*(MS practicando deportes de HS, presentado cada semestre; consulte MS AD para conocer los requisitos)*

# EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN

## FORMULARIO DE HISTORIAL CLÍNICO

Nota: Complete y firme este formulario (con la supervisión de sus padres si es menor de 18 años) antes de acudir a su cita.

Nombre:_____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha del examen médico:_____ Deporte(s): _____

Mencione los padecimientos médicos pasados y actuales que haya tenido. _____

¿Alguna vez se le practicó una cirugía? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus cirugías previas. _____

Medicamentos y suplementos: Enumere todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y suplementos (herbolarios y nutricionales) que consume. _____

¿Sufre de algún tipo de alergia? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus alergias (por ejemplo, a algún medicamento, al polen, a los alimentos, a las picaduras de insectos).

| **PREGUNTAS GENERALES (Dé una explicación para las preguntas en las que contestó "Sí", en la parte final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas si no sabe la respuesta).** | **Sí** | **No** |
|---|---|---|
| 1. ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría discutir con su proveedor de servicios médicos? | | |
| 2. ¿Alguna vez un proveedor de servicios médicos le prohibió o restringió practicar deportes por algún motivo? | | |
| 3. ¿Padece algún problema médico o enfermedad reciente? | | |
| **PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR** | **Sí** | **No** |
| 4. ¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse mientras hacía, o después de hacer, ejercicio? | | |
| 5. ¿Alguna vez sintió molestias, dolor, compresión o presión en el pecho mientras hacía ejercicio? | | |
| 6. ¿Alguna vez sintió que su corazón se aceleraba, palpitaba en su pecho o latía intermitente- mente (con latidos irregulares) mientras hacía ejercicio? | | |
| 7. ¿Alguna vez un médico le dijo que tiene prob- lemas cardíacos? | | |
| 8. ¿Alguna vez un médico le pidió que se hiciera un examen del corazón? Por ejemplo, electro- cardiografía (ECG) o ecocardiografía. | | |
| 9. Cuando hace ejercicio, ¿se siente mareado o siente que le falta el aire más que a sus amigos? | | |
| 10. ¿Alguna vez tuvo convulsiones? | | |

| **PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDIOVASCULAR DE SU FAMILIA** | **Sí** | **No** |
|---|---|---|
| 11. ¿Alguno de los miembros de su familia o pari- ente murió debido a problemas cardíacos o tuvo una muerte súbita e inesperada o inexplicable antes de los 35 años de edad (incluyendo muerte por ahogamiento o un accidente auto- movilístico inexplicables)? | | |
| 12. ¿Alguno de los miembros de su familia padece un problema cardíaco genético como la mio- cardiopatía hipertrófica (HCM), el síndrome de Marfan, la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), el síndrome del QT largo (LQTS), el síndrome del QT corto (SQTS), el síndrome de Brugada o la taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)? | | |
| 13. ¿Alguno de los miembros de su familia utilizó un marcapasos o se le implantó un desfibrilador antes de los 35 años? | | |
| **PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES** | **Sí** | **No** |
| 14. ¿Alguna vez sufrió una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articu- lación o tendón que le hizo faltar a una práctica o juego? | | |
| 15. ¿Sufre alguna lesión ósea, muscular, de los ligamentos o de las articulaciones que le causa molestia? | | |

| PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS | Sí | No |
|---|---|---|
| 16. ¿Tose, sibila o experimenta alguna dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio? | | |
| 17. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (en el caso de los hombres), el bazo o cualquier otro órgano? | | |
| 18. ¿Sufre dolor en la ingle o en los testículos, o tiene alguna protuberancia o hernia dolorosa en la zona inguinal? | | |
| 19. ¿Padece erupciones cutáneas recurrentes o que aparecen y desaparecen, incluyendo el herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA)? | | |
| **PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS (*CONTINUACIÓN*)** | **Sí** | **No** |
| 20. ¿Alguna vez sufrió un traumatismo craneoencefálico o una lesión en la cabeza que le causó confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria? | | |
| 21. ¿Alguna vez sintió adormecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o piernas, o fue incapaz de mover los brazos o las piernas después de sufrir un golpe o una caída? | | |
| 22. ¿Alguna vez se enfermó al realizar ejercicio cuando hacía calor? | | |
| 23. ¿Usted o algún miembro de su familia tiene el rasgo drepanocítico o padece una enfermedad drepanocítica? | | |
| 24. ¿Alguna vez tuvo o tiene algún problema con sus ojos o su visión? | | |
| 25. ¿Le preocupa su peso? | | |
| 26. ¿Está tratando de bajar o subir de peso, o alguien le recomendó que baje o suba de peso? | | |
| 27. ¿Sigue alguna dieta especial o evita ciertos tipos o grupos de alimentos? | | |
| 28. ¿Alguna vez sufrió un desorden alimenticio? | | |
| **ÚNICAMENTE MUJERES** | **Sí** | **No** |
| 29. ¿Ha tenido al menos un periodo menstrual? | | |
| 30. ¿A los cuántos años tuvo su primer periodo menstrual? | | |
| 31. ¿Cuándo fue su periodo menstrual más reciente? | | |
| 32. ¿Cuántos periodos menstruales ha tenido en los últimos 12 meses? | | |

Proporcione una explicación aquí para las preguntas en las que contestó “Sí”.

**Por la presente declaro que, según mis conocimientos, mis respuestas a las preguntas de este formulario están completas y son correctas.**

Firma del atleta: _____

Firma del padre o tutor: _____

Fecha: _____

*© 2019 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine. Se concede permiso para reimprimir este formulario para fines educativos no comerciales, siempre que se otorgue reconocimiento a los autores.*

# Preparticipation Physical Evaluation - Physical Form

| Last Name | First Name | Middle Initial | Date of Birth |
|---|---|---|---|
| | | | |

| **Examination** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Height: | Weight: | | | |
| BP: / ( / ) | Pulse: | Vision: R 20/ | L 20/ | Corrected ___ Yes ___ No |

| **Medical** | **Normal** | **Abnormal Findings** |
|---|---|---|
| **Appearance:**<br>Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high–arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, hyperlaxity, myopia, mitral valve prolapse (MVP), and aortic insufficiency | | |
| **Eyes / Ears / Nose / Throat**<br>- Pupils equal / Hearing | | |
| **Lymph Nodes** | | |
| **Heart**<br>- Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and +/- Valsalva maneuver | | |
| **Lungs** | | |
| **Abdomen** | | |
| **Skin**<br>- Herpes simplex virus (HSV), lesions suggestive of methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA), or tinea corporis | | |
| **Neurologic** | | |
| **Musculoskeletal:** | | |
| - Neck | | |
| - Back | | |
| - Shoulders/Arm | | |
| - Elbow/Forearm | | |
| - Wrist/Hand/Fingers | | |
| - Hip/Thighs | | |
| - Knees | | |
| - Leg/Ankles | | |
| - Foot/Toes | | |
| - Functional: Double-leg squat test, single leg squat test, and box drop or step drop test | | |

Consider: electrocardiography (ECG), echocardiography, and referral to cardiologist for abnormal cardiac history or examination findings or a combination of those.

**Preparticipation Physical Evaluation**

___ Medically eligible for all sports without restriction.

___ Medically eligible for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment of: _____

_____

___ Medically eligible for certain sports: _____

___ Not medically eligible pending further evaluation.

___ Not medically eligible for any sports.

Recommendations: _____

_____

I have examined the student named on this form and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not have apparent clinical contraindications to practice and can participate in the sport(s) as outlined on this form. If conditions arise after the athlete had been cleared for participation, the physician may rescind the medical eligibility until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete and parents or guardians.

Name of health care professional (print or type): _____ Date: _____

Address: _____Phone: _____

Signature of health care professional: _____ MD, DO, NP, or PA

*© 2019 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy od Sports Medicine. Permission is granted to reprint for noncommercial, educational purposes with acknowledgement.*

# FORMULARIO DE SALUD PARA LOS DEPORTES DE RICHLAND 2

*Favor de escribir claramente. No deje ningún espacio en blanco (marque con un "n/a" según sea necesario).*

**Nombre** _____**Apellido** _____

**Año escolar** _____-_____ Grado _____ Edad _____ **Sexo** _____ **Escuela** _____

**Address**_____

**Nombre del guardián** _____ **Relación:** _____ **Celda #** _____

**Nombre del guardián** _____ **Relación:** _____ **Celda #** _____

**Nombre de contacto** de emergencia ( distinto del *padre/tutor)*_____**Relación con el atleta** _____

**Celda #** _____

## INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

¿Tiene seguro médico? **Y / N** ¿Tiene Medicaid? **Y / N** Medicaid Number_____

Nombre de la empresa _____Mailing Dirección _____

Nombre del asegurado _____

¿Su plan de seguro requiere que su médico de atención primaria lo vea antes de ser visto por un especialista? **Y / N**

¿Su seguro requiere una segunda opinión antes de la cirugía? **Y / N**

***Richland School District2 tiene seguro de accidentes deportivos para todos sus atletas, destinado a ser una póliza de "exceso" diseñada para ayudar a pagar en segundo lugar al seguro médico primario del atleta. En caso de lesión, mientras participaba como parte de un equipo deportivo sancionado por schsl que representa a una escuela RSD2, el atleta debe buscar la atención del personal de medicina deportiva tan pronto como sea posible. Un entrenador deportivo del personal llenará la parte superior del formulario de reclamo de seguro (AKA Notification of Injury Form). Si la lesión no es de emergencia, el formulario debe llenarse antes de una visita al médico. El padre/ tutor debe completar el formulario de reclamo, seguir las instrucciones adjuntas y enviar por correo el formulario completado a la compañía de seguros. RSD2 o sus escuelas no pueden ser consideradas responsables de los costos financieros u otros asociados con las lesiones sufridas mientras participan en el atletismo

**** El personal de Medicina Deportiva debe ser notificado de lesiones inmediatamente o la reclamación puede ser inválida. Tenga en cuenta que la reclamación debe presentarse dentro de los 90 días posteriores a la lesión.*

## RECONOCIMIENTO DE CONMOCIÓN CEREBRAL

He recibido y entendido información en algunos medios sobre conmociones cerebrales y lesiones cerebrales, que me ha informado de la naturaleza y el riesgo de conmoción cerebral y lesiones cerebrales, incluyendo los riesgos asociados con seguir participando en la actividad física después de una conmoción cerebral o lesión cerebral. Entiendo que cualquier síntoma(s) de conmoción cerebral debe ser reportado al entrenador de mi hijo inmediatamente, y que mi hijo no debe participar en ninguna actividad física, conducción de un vehículo de motor, o actividad mental extenuante hasta que sea evaluado por conmoción cerebral y autorizado por un proveedor de atención médica apropiado (médico, entrenador de atletismo, asistente médico o profesional de enfermería). Si se le diagnostica una conmoción cerebral, entiendo que mi hijo debe estar libre de síntomas, autorizado por un médico con licencia, y completar un protocolo de regreso gradual al juego supervisado por un profesional médico calificado antes de reanudar la actividad física de acuerdo con la ley estatal de Carolina del Sur. Es muy recomendable que el médico de compensación se capacite específicamente en el manejo de la conmoción cerebral relacionada con el deporte.

## CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN ATLETISMO Y EXENCIÓN DE RIESGOS

Como padre o tutor legal del estudiante-atleta mencionado anteriormente, doy mi permiso para su participación en eventos deportivos y la evaluación física para esa participación. Entiendo que el examen físico previo a la participación es simplemente una evaluación de detección y no un sustituto de la atención médica regular. Sé que el riesgo de lesiones a mi hijo viene con la participación en el deporte y durante los viajes hacia y desde el juego y la práctica. He tenido la oportunidad de entender el riesgo de lesiones durante la participación en deportes a través de reuniones, información escrita o por algún otro medio.

## CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO/DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN/DEBER DE REPORTAR LESIONES

Damos su consentimiento para que los entrenadores, entrenadores y médicos deportivos certificados utilicen su propio juicio para asegurar la asistencia médica y el servicio de ambulancias en caso de que no se pueda llegar a los padres/tutores. En caso de accidente que requiera atención médica inmediata, le concedo permiso a médicos, entrenadores deportivos certificados y/o profesionales de la salud apropiados para atender a mi hijo/hija. Se entiende que la escuela no puede ser considerada responsable de ninguna factura médica incurrida debido a una enfermedad o lesión. Además, le damos permiso para que nuestro hijo/ hija sea evaluado y tratado por el personal de entrenamiento deportivo certificado en el lugar o fuera y / o médicos del equipo si se lesiona mientras participa como atleta de un RSD2. También autorizamos que el personal de medicina deportiva de la escuela reciba información médica sobre mi hijo/hija por un médico o su personal. Del mismo modo, el personal de medicina deportiva de la escuela puede divulgar información médica a las oficinas del médico, personal de entrenamiento, enfermeras, administradores y profesores de la escuela según lo consideren apropiado. También me comprometo a reportar **TODAS las** lesiones al personal de medicina deportiva, incluyendo pero no limitado a cualquier síntoma relacionado con una conmoción cerebral. También entendemos que el personal de Medicina del Deporte requiere documentación por escrito y autorización de cualquier atención médica recibida antes de regresar a las actividades, incluso si no es el resultado de la participación en el atletismo.. No aprobaremos la participación en ninguna actividad contra el asesoramiento médico o hasta que el atleta sea autorizado por un proveedor médico apropiado (según lo determine el personal de Medicina Deportiva de la escuela). También entiendo que el personal de medicina deportiva seguirá los protocolos de retorno al juego para todas las.

*Al firmar a continuación, atestigua que la información proporcionada es correcta, y que entiendo y acepto las declaraciones anteriores.*

***Firma del padre*** _____ *Fecha* _____

***Firma del alumno*** _____ *Fecha* _____

# RICHLAND DISTRICT 2 PARENT INFORMATION SHEET

## INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

*Richland School District 2 cuenta con un seguro de accidentes deportivos para todos sus atletas, destinado a ser una póliza de "exceso" diseñada para pagar después del seguro médico primario del atleta. En caso de lesión, mientras participaba como parte de un equipo deportivo sancionado por schsl que representa a RSD2, el atleta debe buscar la atención del personal de medicina deportiva de su escuela tan pronto como sea posible. Un miembro del personal llenará la parte superior del formulario de reclamo de seguro. El padre/tutor debe completar el resto del formulario, seguir las instrucciones adjuntas y enviar por correo el formulario completado a la compañía de seguros.* ***La atención médica debe iniciarse en un plazo de 30 días, y los formularios deben ser enviados directamente a la Compañía de Seguros De Seguros del Equipo por el PADRE dentro de los 90 días de la fecha de la lesión para ser elegible para la cobertura. RSD2 o sus escuelas no pueden ser considerados responsables de los costos financieros u otros asociados con las lesiones sufridas mientras participaban en el atletismo.***

## INFORMACIÓN SOBRE CONMOCIONES CEREBRALES

Se puede solicitar más información sobre el reconocimiento y la gestión de la conmoción cerebral directamente al Entrenador Atlético Jefe en cualquier escuela secundaria RSD2. Los padres de los estudiantes de secundaria pueden solicitar la ayuda de cualquier entrenador de atletismo de la escuela secundaria RSD2 para asegurar la atención médica adecuada si su hijo presenta los signos o síntomas de la conmoción cerebral.

## INFORMACIÓN DEL ENTRENADOR DEPORTIVO DEL DISTRITO

El Equipo de Medicina Deportiva Richland Two se dedica a proporcionar excelentes servicios médicos a los atletas de todo el Distrito. Todos los padres (incluidos los padres de atletas de secundaria) deben sentirse libres de comunicarse con un Entrenador Atlético de la Escuela Secundaria si usted tiene alguna pregunta o inquietud relacionada con la salud o lesiones con respecto a la participación de su hijo en el atletismo en Richland Two.

Athletic Trainers (ATs) son profesionales de la salud que colaboran con médicos. Los servicios prestados por ATs comprenden prevención, atención de emergencia, diagnóstico clínico, intervención terapéutica y rehabilitación de lesiones y condiciones médicas. Los estudiantes que quieran convertirse en entrenadores deportivos certificados deben obtener un título de un plan de estudios de entrenamiento deportivo acreditado. Los programas acreditados incluyen instrucción formal en áreas como prevención de lesiones/enfermedades, primeros auxilios y atención de emergencia, evaluación de lesiones/enfermedades, anatomía humana y fisiología, modalidades terapéuticas y nutrición. El aprendizaje en el aula se mejora a través de experiencias de educación clínica. Más del 70 por ciento de los entrenadores deportivos certificados tienen al menos una maestría. Para obtener más información sobre la educación y cualificación de los entrenadores atléticos, visite www.nata.org .

| High School | Athletic Trainer | Email | Phone |
|---|---|---|---|
| Blythewood | Steve Meisel | smeisel@richland2.org | 803-691-4090 ext. 28932 |
| Richland Northeast | Hannah Stoltz | hstoltz@richland2.org | 803-699-2800 ext. 79867 |
| Ridge View | Kanisha Jenkins | kajenkins@richland2.org | 803-699-2999 ext. 69908 |
| Spring Valley | Julie Sandy | jsandy@richland2.org | 803-699-3500 ext. 69908 |
| Westwood | Heather Johnson | heajohnson@richland2.org | 803-691-4049 ext. 36829 |

# Hoja informativa para
# PADRES DE ESTUDIANTES DE ESCUELA SECUNDARIA

**ATENCIÓN**
**CONMOCIÓN CEREBRAL EN EL DEPORTE JUVENIL**

Esta hoja contine información para ayudarle a proteger a los adolescentes de una conmoción cerebral u otra lesión cerebral grave.

## ¿Qué es una conmoción cerebral?

Una conmoción cerebral es un tipo de lesión cerebral traumática o TBI (por sus siglas en inglés) causada por un golpe, impacto o sacudida en la cabeza o por un golpe en el cuerpo que hace que la cabeza y el cerebro se muevan rápida y repentinamente hacia adelante y hacia atrás. Este movimiento rápido puede hacer que el cerebro rebote o gire dentro del cráneo y provoque cambios químicos en el cerebro, y a veces hace que las células cerebrales se estiren y se dañen.

## ¿Cómo puedo mantener a mi hijo adolescente a salvo?

Los deportes son una buena manera para que los adolescentes se mantengan saludables y los ayudan a que les vaya bien en la escuela. Para ayudar a reducir la probabilidad de que su hijo adolescente tenga una conmoción cerebral, usted debe:

- Ayudar a crear una cultura de seguridad para el equipo.
  - › Junto con el entrenador, enséñele maneras de disminuir las probabilidades de sufrir una conmoción cerebral.
  - › Ponga énfasis en la importancia de notificar las conmociones cerebrales y tomarse el tiempo para recuperarse de estas.
  - › Asegúrese de que siga las reglas de seguridad del entrenador y las reglas del deporte.
  - › Explíquele a su hijo adolescente que espera que mantenga el espíritu deportivo en todo momento.
- Cuando sea adecuado para el deporte o la actividad, enséñele a que debe usar un casco para disminuir su probabilidad de sufrir los tipos más graves de lesiones en la cabeza o el cerebro. No exite un casco "a prueba" de lesiones cerebrales. Incluso con un casco, es importante que los adolescentes eviten golpes en la cabeza.

## ¿Cómo puedo indentificar una posible conmoción cerebral?

Los adolescentes que muestran o notifican uno o más signos y síntomas enumerados a continuación, o simplemente dicen que no se "sienten del todo bien" después de un golpe, impacto o sacudida en la cabeza o el cuerpo, podrían tener una comoción cerebral u otra lesión cerebral grave.

### Signos observados por los padres

- Parece estar aturdido o desorientado.
- Se olvida de una instrucción, está confundido sobre su deber o posición, o no está seguro del juego, puntaje u de quién es su oponente.
- Se mueve con torpeza.
- Responde a las preguntas con lentitud.
- Pierde el conocimiento *(aunque sea por poco tiempo)*.
- Muestra cambios de ánimo, comportamiento o personalidad.
- No puede recordar eventos *antes* o *después* de un golpe o una caída.

### Síntomas reportados por los adolescentes

- Dolor de cabeza o "presión" en la cabeza.
- Náuseas o vómitos.
- Problemas de equilibrio o mareo, o visión borrosa o doble.
- Sensibilidad a la luz o al ruido.
- Se siente débil, desorientado, aturdido o grogui.
- Confusión o problemas de concentración o memoria.
- No se siente "del todo bien" o está "bajoneado".

---

**Hable con los adolescentes sobre las conmociones cerebrales.** Pídales que notifiquen sus síntomas de conmoción cerebral de inmediato tanto a usted como al entrenador. Algunos adolescentes piensan que las conmociones cerebrales no son graves o les preocupa que si notifican la conmoción cerebral pueden perder su posición en el equipo o verse débiles. Recuérdeles que es preferible perderse un juego que toda la temporada.



Centers for Disease Control and Prevention
National Center for Injury Prevention and Control

**LOS BUENOS COMPAÑEROS SABEN QUE:**
ES MEJOR PERDERSE UN JUEGO QUE TODA LA TEMPORADA.

**Las conmociones cerebrales afectan a cada adolescente de manera diferente.** Mientras que la mayoría de los adolescentes con una conmoción cerebral se sienten mejor después de un par de semanas, algunos tienen síntomas que duran meses o más tiempo. Hable con el proveedor de atención médica de su adolescente si los síntomas no desaparecen o si empeoran después de que regresa a las actividades normales.



## Planifique.

**¿Qué quiere que su hijo adolescente sepa sobre las conmociones cerebrales?**

## ¿Cuáles son algunos signos de peligro más graves a los que debo prestar atención?

En raras ocasiones, después de un golpe, impacto o sacudida en la cabeza o en el cuerpo puede acumularse sangre (hematoma) de forma peligrosa en el cerebro y ejercer presión contra el cráneo. Llame al 9-1-1 o lleve a su hijo adolescente a la sala de urgencias de inmediato si después de un golpe, impacto o sacudida en la cabeza o el cuerpo, presenta uno o más de estos signos de riesgo:

- Una pupila más grande que la otra.
- Mareo o no puede despertarse.
- Dolor de cabeza persistente y que además empeora.
- Dificultad de dicción, debilidad, entumecimiento o menor coordinación.
- Naúseas o vómitos, convulsions o ataques (temblores o espasmos) periódicos.
- Comportamiento inusual, mayor confusión, inquietud o nerviosismo.
- Pérdida del conocimiento (desmayado o inconsciente). Incluso una breve pérdida del conocimiento debe considerarse como algo serio.

Usted también puede descargar la aplicación de CDC *HEADS UP* (en inglés) para obtener información a su alcance sobre las conmociones cerebrales. Simplemente scanee con su teléfono celular inteligente el código QR de la imagen a la izquierda.

## ¿Qué debo hacer si creo que mi hijo adolescente tiene una posible conmoción cerebral?

Como padre, si usted cree que su hijo puede tener una conmoción cerebral, usted debe:

1. Retirarlo del juego.
2. No permitir que regrese a jugar el día de la lesión. Su adolescente debe ver a un proveedor de atención médica y solo podrá regresar a jugar con el permiso de un profesional médico con experiencia en la evaluación de conmociones cerebrales.
3. Pedirle al proveedor de atención médica de su adolescente que le dé instrucciones por escrito sobre cómo ayudarlo a que regrese a la escuela. Usted puede darle indicaciones a la enfermera de la escuela e intrucciones sobre cómo regresar al juego al entrenador o instructor deportivo.

No trate usted mismo de juzgar la gravedad de la lesión. Solo un proveedor de atención médica debe evaluar a un adolescente de una posible conmoción cerebral. Es posible que al principio usted no sepa qué tan grave es la conmoción cerebral y algunos síntomas pueden tardar horas o días en aparecer. El regreso del adolescente a la escuela y los deportes debe ser un proceso gradual manejado y vigilado por un proveedor de atención médica.

**Los adolescentes que continúan jugando mientras tienen síntomas de conmoción cerebral o que regresan al juego muy temprano, mientras el cerebro todavía se está curando, tienen mayor probabilidad de tener otra conmoción cerebral. Tener otra conmoción cerebral que ocurra mientras el cerebro todavía se está curando de la primera lesión puede ser muy grave y puede afectar al adolescente de por vida; hasta puede ser mortal.**

Febrero del 2016

Centers for Disease Control and Prevention
National Center for Injury Prevention and Control

**Para obtener más información, visite:**
**www.cdc.gov/headsup/youthsports/index-esp.html**

# HOJA INFORMATIVA PARA
# atletas de escuela intermedia

CDC HEADS UP
CEREBRO SEGURO. FUTURO SEGURO.

Esta hoja contine información para que sepas cómo protegerte de una conmoción cerebral u otra lesión cerebral grave y qué hacer si ocurre.

## ¿QUÉ ES UNA CONMOCIÓN CEREBRAL?

Una conmoción cerebral es una lesión en el cerebro que afecta su funcionamiento. Puede ocurrir cuando el cerebro rebota dentro del cráneo después de una caída o golpe en la cabeza.

## ¿QUÉ DEBO HACER SI CREO QUE TENGO UNA CONMOCIÓN CEREBRAL?

### *NOTIFICARLA.*

Avísales a tu entrenador y a tu padre si crees que tú o uno de tus compañeros podría presentar una conmoción cerebral. No podrás dar lo mejor de ti si no te sientes bien; además, jugar con una conmoción cerebral es peligroso. Incentiva a tus compañeros a que también notifiquen sus síntomas.



### *HACERME REVISAR POR UN MÉDICO.*

Si crees que tienes una conmoción cerebral, no regreses al juego el día de la lesión. Solo un médico u otro proveedor de atención médica puede decirte si tienes una conmoción cerebral y cuándo puedes regresar a la escuela y volver a jugar.



### *DARLE AL CEREBRO TIEMPO PARA CURARSE.*

La mayoría de los atletas con una conmoción cerebral se mejoran después de un par de semanas. Para algunos, una conmoción cerebral puede hacer que las actividades diarias, como ir a la escuela, sean más difíciles. Es posible que necesites más ayuda para volver a tus actividades normales. Asegúrate de avisarles a tus padres y al médico cómo te vas sintiendo.

Enero de 2021

LOS BUENOS COMPAÑEROS SABEN QUE:
**ES PREFERIBLE PERDERSE UN JUEGO QUE TODA LA TEMPORADA.**

**www.cdc.gov/HEADSUP**

## ¿CÓMO PUEDO DARME CUENTA DE QUE TENGO UNA CONMOCIÓN CEREBRAL?

Es posible que tengas una conmoción cerebral si tienes cualquiera de estos síntomas después de un golpe, impacto o sacudida en la cabeza o el cuerpo:

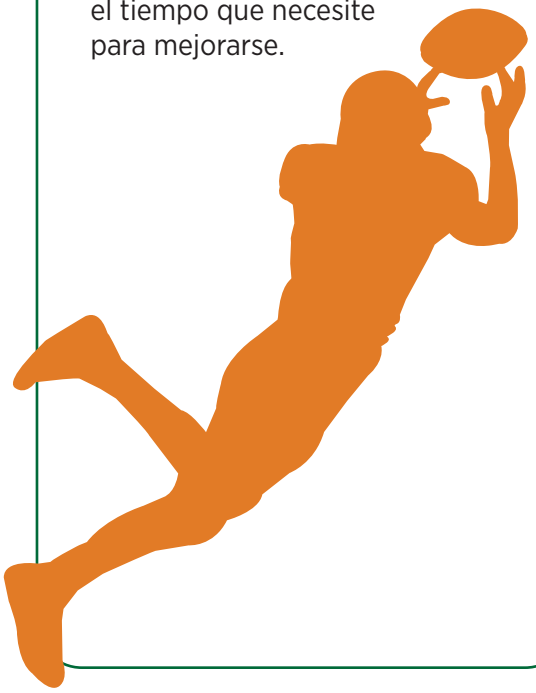
- **Tienes dolor de cabeza.**
- **Te sientes mariado, débil, o grogui.**
- **Te molesta la luz o el ruido.**
- **Tienes visión doble o borrosa.**
- **Tienes vómitos o te duele el estómago.**
- **Tienes problemas de concentración o memoria.**
- **Te sientes sensible o "bajoneado".**
- **Te sientes confundido.**
- **Tienes dificultad para dormir.**

Los síntomas de una conmoción cerebral son diferentes para cada persona; por lo tanto, es importante decirles a tus padres y médicos cómo te sientes. Es posible que notes síntomas de la conmoción cerebral de inmediato, pero a veces lleva horas o días hasta que notas que algo no está bien.

## ¿CÓMO PUEDO AYUDAR A MI EQUIPO?

***PROTEGE TU CEREBRO.***
Todos tus compañeros deben evitar golpes en la cabeza y deben seguir las reglas para un juego seguro con el fin de disminuir las probabilidades de presentar una conmoción cerebral.

***SÉ UN BUEN UGADOR DE EQUIPO.***
Si uno de tus compañeros tiene una conmoción cerebral, dile que es un miembro importante del equipo y que debe tomarse el tiempo que necesite para mejorarse.



*La información proporcionada en este documento o mediante enlaces a otros sitos no remplaza la atención médica o profesional. Se deben dirigir las preguntas sobre diagnóstico y tratamiento de una conmoción cerebral a un médico u otro proveedor de atención médica.*

Enero de 2021

Para obtener más información, visite
**www.cdc.gov/HEADSUP**

CDC HEADS UP