

FORMA DE HISTORIAL

(Nota: Esta forma debe ser completada por el estudiante y padres antes de ver al médico. El médico debe mantener esta forma en el expediente).

Fecha de Examen: _____ Nombre: _____ Sexo: _____ Edad: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____ Escuela: _____ Deporte(s) : _____

Medicinas y Alergias: Por favor indique todos los medicamentos con y sin receta y suplementos (suplementos) que esta tomando actualmente.

¿Tienes Alergias? ☐ Si ☐ No Si es así, indica las alergias: ☐ Medicinas ☐ Polen ☐ Comida ☐ Picadura de insecto: _____

Explica “si” en preguntas a continuación. Pon circulo en las preguntas que no sabes la respuesta

PREGUNTAS GENERALES	Si	No
1. ¿Un medico te ha prohibido o restringido participar en deportes por alguna razón?		
2. ¿Tienes una condición médica? Indica: • Asma • Anemia • Diabetes • Infecciones • Otro: _____		
3. ¿Has pasado la noche en el hospital?		
4. ¿Has tenido cirugía?		
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN A CERCA DE TI	Si	No
5. ¿Te has desmayado o a punto de desmayo Durante o DESPUÉS de hacer ejercicio?		
6. ¿Alguna vez has tendido molestia, dolor, presión en el pecho haciendo ejercicio?		
7. ¿Tu Corazón palpita o brinca un latido (latido irregular) haciendo ejercicio?		
8. ¿Algún medico te ha dicho que tienes problemas del corazón? Marca las que apliquen: • Presión alta • Murmullo cardíaco • Colesterol elevado • Infección del corazón • Enfermedad de Kawasaki • Otro: _____		
9. ¿Un médico ha ordenado examen de tu Corazón? (como ECG/EKG, ecocardiograma)		
10. ¿Te dan mareos o falta de aliento haciendo ejercicio?		
11. ¿Has tenido una convulsión?		
12. ¿Te cansas o te falta el aire más rápido que el resto de tus de tus amigos haciendo ejercicio?		
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZON A CERCA DE TU FAMILIA	Si	No
13. ¿Algún familiar o pariente murió de problemas cardíacos o tuvo una muerte repentina antes de los 50 años (incluso ahogado, accidente de carro sin explicación, o síndrome de muerte infantil repentina)?		
14. ¿Alguien en tu familia tiene cardiomiopatía hipertrófica, Síndrome de Marfan, Cardiomiopatía aritmogénica ventricular derecha, Síndrome de QT prolongado, Síndrome de QT corto, Síndrome de Brugada, o taquicardia catecolaminérgica polimórfica ventricular?		
15. ¿Alguien en tu familia tiene problemas de Corazón, marcapaso o des-fibrilador?		
16. ¿Alguien en tu familia tiene desmayos repentinos o convulsiones o a punto de ahogarse?		
PREGUNTAS DE HUESOS Y ARTICULACIONES	Si	No
17. ¿Has tenido lesiones de hueso, musculo, ligamento o tendón que te evitaron practicar o jugar?		
18. ¿Has tenido huesos rotos /fracturados dislocación de articulaciones?		
19. ¿Has tenido o lesiones que requieren rayos -x , MRI, CT scan, inyecciones, terapia, soporte, yeso, o muletas?		
20. ¿Has tenido fractura por estrés?		
21. ¿Te han dicho o has tenido rayos -x por in-estabilidad del cuello o in-estabilidad atlantoaxial? (Síndrome de Down o enanismo)		
22. ¿Tu usas un soporte regularmente u ortopédico u otro dispositivo de ayuda?		
23. ¿Tienes lesiones de hueso, musculo o articulación que te molestan?		
24. ¿Alguna de tus articulaciones duele , inflama, siente caliente, o se pone roja?		
25. ¿Tienes historial de artritis juvenil o enfermedad de los ligamentos/tendones?		

PREGUNTAS MEDICAS	Si	No
26. ¿Tienes tos o silbido o dificultad respirando durante o despues de hacer ejercicio?		
27. ¿Has usado un inhalador o medicina para asma?		
28. ¿Alguien en tu familia tiene asma?		
29. ¿Naciste o te falta un riñón, un ojo, un testículo (varones) , bazo u otro órgano?		
30. ¿Tienes dolor inguinal o abultamiento doloroso o hernia inguinal?		
31. ¿Has tenido mononucleosis infecciosa (Mono) en el ultimo mes?		
32. ¿Tienes salpullido, marcas u otros problemas de la piel?		
33. ¿Has tenido Herpes I infección por MRSA en la piel?		
34. ¿Has tenido lesiones en la cabeza o concusiones?		
35. ¿Has tenido un golpe en la cabeza que causo concusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
36. ¿Tienes un historial de convulsiones?		
37. ¿Tienes dolor de cabeza al hacer ejercicio?		
38. ¿Has tenido falta de sensibilidad, hormigueo, o debilidad en los brazos, o piernas después de un golpe o caída?		
39. Has tenido dificultad de mover tus brazos o piernas después de un golpe o caída?		
40. ¿Te sientes mal al hacer ejercicio en el calor?		
41. ¿Sufres de calambres cuando haces ejercicio?		
42. ¿Alguien en tu familia tiene enfermedad de “sickle cell”?		
43. ¿Has tenido problemas con tus ojos o visión?		
44. ¿Has tenido lesión en los ojos?		
45. ¿Usas anteojos o lentes de contacto?		
46. ¿Usas anteojos de protección o protección de la cara?		
47. ¿Te preocupa tu peso?		
48. ¿Has tratado o te han dicho que debes subir o bajar de peso?		
49. ¿Tienes una dieta especial o debes evitar ciertos tipos de alimentos?		
50. ¿Tienes un problema alimenticio?		
51. ¿Tienes alguna preocupación que desees hablar con un médico?		
MUJERES ÚNICAMENTE	Si	No
52. ¿Has tenido un ciclo menstrual?		
53. ¿A qué edad tuviste tu primer ciclo menstrual?		
54. ¿Cuántos ciclos has tenido en los últimos 12 meses?		

Explica respuestas “Si” en esta sección:

Por este conducto declare que bajo mi mejor conocimiento, mis respuestas a las preguntas arriba son completas y correctas.

Firma del Atleta: _____ Firma del Padre/ Tutor: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

RECORDATORIOS MÉDICOS

1. Considere preguntas adicionales en puntos importantes.

- ¿Te sientes bajo mucho estrés o bajo mucha presión?
- ¿Te sientes triste, sin esperanza, deprimido o con ansiedad?
- ¿Te sientes a salvo en tu casa u hogar?
- ¿Has usado cigarrillos, mascar tabaco?
- ¿Has usado Tabaco de mascar en los últimos 30 días?
- ¿Consumes alcohol o usas u otra droga?
- ¿Has usado esteroides anabólicos u otro suplemento de desarrollo?
- ¿Has tomado suplementos para ganar o bajar de peso o mejorar tu desarrollo?
- ¿Usas cinturón de seguridad, casco y condones?

2. Considere revisar preguntas en relación a síntomas cardiovasculares (preguntas 5–14).

EXAMEN		
Estatura _____	Peso _____	Masc. _____ Fem. _____
BP _____ / _____ (_____ / _____)	Pulso _____	Visión R 20/ _____ L 20/ _____ Corregida _____ Y _____ N _____
MEDICO	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES
Apariencia • Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, arm span > height, hyperlaxity, myopia, MVP, aortic insufficiency)		
Ojos/oidos/nariz/garganta • Pupilas iguales • Audición		
Nódulos Linfáticos		
Corazón ^a • Murmullos (auscultación de pie, recostado, +/- Valsalva) • Localización de punto de impulso máximo (PMI)		
Pulsos • Pulsos simultáneos femoral y radial		
Pulmones		
Abdomen		
Genito-urinario (varones únicamente) ^b		
Piel • HSV, lesiones sugestivas de MRSA, tinea corporis		
Neurológico ^c		
MUSCULO ESQUELÉTICO		
Cuello		
Espalda		
Hombro /brazo		
Codo/amtebrazo		
Muñeca /mano/dedos		
Cadera /muslo		
Rodilla		
Pierna /tobillo		
Pie/dedos de los pies		
Funcional • Caminar como pato, brincar en un pie		

^aConsidere ECG, ecocardiograma, y referir al cardiología por historial cardiaco anormal o examen.^bConsidere examen GU en forma privada. Se recomienda tener una tercera persona presente.^cConsidere evaluación cognitiva o prueba basal neuropsiquiátrica con historial significativo de concusión.☐ Aprobado para todos los deportes sin restricción☐ Aprobado para todos los deportes sin restricción con recomendaciones para evaluación futura o tratamiento para _____☐ No aprobado☐ Evaluación profunda pendiente☐ Para cualquier deporte☐ Para ciertos deportes

Razon _____

Recomendaciones _____

Yo he examinado al estudiante mencionado arriba y complete la evaluación de participación física. El atleta no presenta, aparenta contraindicaciones clínicas para practicar y participar en el/los deporte/s enumerados arriba. Si aparecen condiciones después de que el atleta ha sido aprobado para participar, el médico puede cancelar la aprobación hasta que el problema sea resuelto y las consecuencias potenciales han sido explicadas al atleta (y padres/tutores).

Nombre del médico (letra de molde): _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Firma del médico: _____, MD DO

Autorización Paterna & Reconocimiento de los Riesgos para el Hijo o Hija al Participar en Deportes

Nombre (Letra de molde): _____

Como padre o tutor del estudiante-atleta arriba mencionado yo doy permiso para que el/la participe en eventos deportivos y la evaluación física para esa participación. Yo entiendo que esta es una evaluación simple y no un sustituto para un médico regular. Yo También otorgo permiso para tratamiento si es necesario para una condición que ocurra durante la participación en esos eventos incluyendo tratamiento médico o quirúrgico que sea recomendado por un médico. Yo otorgo autorización a enfermeras, entrenadores y médicos o aquellos bajo su supervisión que son parte de la prevención de lesiones atléticas y tratamiento a tener acceso a información médica necesaria. Yo entiendo que existe un riesgo de lesiones para mi hijo-a/protegido al participar en deportes, viajando a o de juegos o practicas. He tenido la oportunidad de entender el riesgo de lesiones durante la participación en deportes a través de reuniones, información escrita u otro medio. Mi forma indica que bajo mi mejor conocimiento mis respuestas a las preguntas arriba indicadas son completas y correctas. Yo entiendo que la información adquirida durante esta evaluacion puede ser usada para propósitos de investigación.

Firma del Atleta: _____ Fecha: _____

Firma del Padre / Tutor : _____ Fecha: _____



KCSD School Sports Health Form | Forma De Salud Para Deportes Escolares De KCSD

Emergency Contact Information – Información De Contactos De Emergencia

Please Print | Escriba con letra de molde

Athlete's Name | Nombre del Atleta: _____ School Year | Año Escolar: _____

Sex | Sexo: _____ Age | Edad: _____ Date of Birth | Fecha de nacimiento: _____ Grade | Grado: _____

Mailing Address | Dirección: _____ City | Ciudad: _____ Zip | Código Postal: _____

Mother's Name | Nombre de la Mama: _____

Phone | Teléfono: _____ Cell/Business | Telefono celular o trabajo: _____

Email | Correo electrónico: _____

Father's Name | Nombre del Padre: _____

Phone | Teléfono: _____ Cell/Business | Telefono celular o trabajo: _____

Email | Correo electrónico: _____

In an EMERGENCY if parents cannot be contacted notify | En CASO DE EMERGENCIA si los padres no están disponibles llamar a:

Name | Nombre: _____ Relationship | Parentesco: _____

Phone | Teléfono: _____ Cell/Business | Telefono celular o trabajo: _____

Family Doctor | Medico Familiar: _____ Phone | Teléfono: _____

Family Dentist | Dentista Familiar: _____ Phone | Teléfono: _____

Preferred Hospital | Hospital de Preferencia: _____

Health Insurance Information | Información De Seguro Medico

Do you have Medicaid | ¿Tiene Medicaid?: No | No: ☐ Yes | Si: ☐ Medicaid No. | Numero de Medicaid: _____

Do you have Health Insurance | ¿Tiene Seguro Médico?: No | No: ☐ Yes | Si: ☐

Name of Company | Nombre de la agencia de seguro: _____

Mailing Address | Correo: _____ Policy # | Póliza No.: _____

Insured's Name | Nombre del Asegurado: _____ SS# | Seguro Social: _____

Kershaw County carries athletic accident insurance on all its athletes, intended to be an "excess" policy designed to pay secondarily to the athlete's primary health insurance. In the event of injury, while participating as a part of a SCHSL sanctioned sports team representing a KCSD School, the athlete should seek the attention of the sports medicine staff as soon as possible. The head athletic trainer will fill out the top portion of the insurance claim form (AKA Notification of Injury Form). The parent/guardian should complete the claim form, follow the attached directions, and mail the completed form to the insurance company.

***Please note the claim must be filled within 90 days of the injury.**

I understand this information and will notify the head athletic trainer prior to the doctor's appointment if I require a claim form for an injury that meets the above requirements.

El Condado de Kershaw posee seguro médico para accidentes atléticos en todos sus atletas como una cobertura "extra" diseñada como pago secundario a la póliza primaria del atleta. En el evento de lesión al participar como parte de SCHSL, equipos deportivos sancionados representando una escuela de KCSD, el atleta debe buscar la atención del personal medico deportivo lo más pronto posible. El entrenador completara la parte superior del seguro medico (Notificación de Lesión). El Padre / tutor debe completar el reclamo según las instrucciones y enviar las formas completas a la compañía de seguro.

*** El reclamo debe de hacerse dentro de 90 días después de la lesión.**

Yo entiendo esta información y notificare al entrenador antes de una cita con el medico si requiero de una forma de reclamo por una lesión ocurrida dentro de lo estipulado arriba.

Parent's signature | Firma del Padre: _____ Date | Fecha: _____

Consent for Medical Treatment/Release of Information | Autorización Para Tratamiento Médico /Divulgación De Información

I/We give consent for certified athletic trainers, coaches, and physicians to use their own judgment in securing medical aid and ambulance service in the case the parents/guardians cannot be reached. In the event of an accident requiring immediate medical attention, I hereby grant permission to physicians, certified athletic trainers, and/or appropriate healthcare professionals to attend to my son/daughter. It is understood that the school cannot be held responsible for any medical bills incurred because of illness or injury. Furthermore, I/We give permission for our son/ daughter to be evaluated and treated by the school's certified athletic training staff and/or team physicians if he/she becomes injured while participating as an athlete at a KCSD school during the school year. I/We also authorize the school's sports medicine staff to be given medical information concerning my son/daughter by a physician or their staff. Likewise, the school's sports medicine staff may release medical information to physician's offices, coaching staff, nurses, administrators and faculty at the student's home school as they see appropriate. I also commit to reporting ALL injuries to the Sports Medicine Staff, including but not limited to any symptoms related to a concussion. I also understand that the sports medicine staff will follow a return to play protocol for all injuries.

Yo / nosotros damos consentimiento a entrenadores atléticos certificados y médicos a usar su propio juicio asegurando ayuda médica y servicios de ambulancia en caso de que los padres/tutores no sean localizados. En el evento de un accidente requiriendo atención médica inmediata, yo otorgo permiso a médicos, entrenadores certificados y/o profesionales de la salud a atender a mi hijo/a. Entiendo que la escuela no puede ser responsable por los gastos médicos por causa de enfermedad o lesión. Además, Yo/ Nosotros autorizamos a que nuestro/a hijo/a sea evaluado y tratado por personal de entrenamiento certificado y/o equipo médico si el/la se lesiona al participar como un atleta en una escuela de KCSD durante el año escolar. Yo / Nosotros también autorizamos a que el personal médico de deporte escolar reciban información del médico o sus empleados de mi hijo/a. De igual forma el personal médico escolar puede dar información médica a oficinas médicas, entrenadores, enfermeras, administradores y facultado en la escuela local si lo consideran apropiado. Me comprometo a reportar TODAS las lesiones al personal médico deportivo incluyendo pero no limitado a síntomas relacionados con una concusión. Entiendo que el personal médico deportivo sigue un protocolo para regresar a jugar en caso de lesiones.

Consent to Participate in Athletic and Risk Waiver | Autorización Para Participar en Deportes Y Liberación De Riesgo

As the parent or legal guardian of the above named student-athlete, I give my permission for his/her participation in athletic events and the physical evaluation for that participation. I understand that this is simply a screening evaluation and not a substitute for regular healthcare. I grant permission to nurses, certified athletic trainers and coaches as well as physicians or those under their direction who are part of athletic injury prevention and treatment, to have access to necessary medical information. I know that the risk of injury to my child comes with participation in sports and during travel to and from play and practice. I have had the opportunity to understand the risk of injury during participation in sports through meetings, written information or by some other means.

Como padre o tutor del estudiante - atleta arriba mencionado yo doy mi autorización su participación en eventos deportivos y evaluación física para esa participación. Yo entiendo que esto es un examen simple y no substituye un examen médico regular. Yo otorgo autorización a enfermeras, entrenadores deportivos certificados así como médicos o aquellos bajo su supervisión que son parte de la prevención de lesiones deportivas, a tener acceso a información médica necesaria. Entiendo que existe riesgo de lesiones de mi hijo/a al participar en deportes y viajes a y de regreso y prácticas. He tenido la oportunidad de entender el riesgo de lesiones durante la participación en deportes a través de reuniones, información escrito u otros medios.

Student's signature | Firma del estudiante: _____ Date | Fecha: _____

Parent's signature | Firma del Padre: _____ Date | Fecha: _____



Student-Athlete & Parent/Legal Custodian Concussion Statement | Declaración de Concusión para Estudiante -Atleta & Padre-Tutor

** If there is anything on this sheet that you do not understand please ask an adult to explain or read it to you. |
Si hay algo en esta forma que tu no entiendes, pide a un adulto que te lo explique o lo lea.*

Athlete's Name | Nombre del Estudiante-Atleta: _____

*This form must be completed for each student-athlete even if there are multiple student-athletes in each household. |
Esta forma debe ser completada para cada uno de los estudiantes -atletas aun si hay varios estudiantes-atletas en el hogar.*

Parent/Legal Custodian name | Nombre del Padre/Tutor: _____

☐

Yes (If true please check box) | Si -(Si es afirmativo por favor marque en el cuadro.)

We have read the Student-Athlete & Parent/Legal custodian Concussion Information Sheet. After Reading the information sheet, I am aware of the following information:

Hemos leído la Forma de Información de Concusión para el Estudiante-atleta & Padre/Tutor. Después de leer la forma de información Yo estoy consciente de la siguiente información:

Student-Athlete Initials Iniciales del Estudiante-Atleta		Parent/Legal Custodian Initials Iniciales del Padre/Tutor	
	A concussion is a brain injury, which should be reported to my parents, my coach(es), athletic trainer, or a medical professional if one is available.	Una concusión es una lesión cerebral que debe ser reportada a mis padres, mi entrenador (atlético o un profesional médico si está disponible).	
	A concussion can affect the ability to perform everyday activities such as the ability to think, balance, and classroom performance.	Una concusión puede afectar la habilidad de realizar funciones diarias como la habilidad de pensar, balance y desarrollo en el salón de clase	
	A concussion cannot be "seen." Some symptoms might be present right away. Other symptoms can show up hours or days after an injury.	Una concusión "no se puede ver". Algunos síntomas se presentan inmediatamente. Otros síntomas pueden aparecer horas o días después de la lesión.	
	I will tell my parents, my coach, athletic trainer, and/or a medical professional about my injuries and illnesses.	Yo notificaré a mis padres, entrenador atlético y/o profesional medico de mis lesiones o enfermedades.	N/A
	If I think a teammate has a concussion, I should tell my coach(es), parents, athletic trainer or medical professional about the concussion.	Si yo pienso que un compañero de equipo tiene una concusión, yo avisare al entrenador, los padres, entrenador atlético o profesional médico de la concusión	N/A
	I will not return to play in a game or practice if a hit to my head or body causes any concussion-related symptoms.	Yo no regresare a jugar en el partido o practica si un golpe en mi cabeza o cuerpo causa síntomas relacionado con concusión.	N/A
	I will/my child will need written permission from a physician to return to play or practice after a concussion.	Yo /mi hijo necesitara permiso escrito de un medico para regresar a jugar o practicar después de una concusión.	
	Based on the latest data, most concussions take days or weeks to get better. A concussion may not go away right away. I realize that resolution from this injury is a process and may require more than one medical evaluation.	Según información reciente, la mayoría de las concusiones toman días o semanas para mejorar. Una concusión no desaparece inmediatamente. Entiendo que la recuperación de esta lesión es un proceso y puede requerir mas de una evaluación médica.	
	I realize that ER/Urgent Care physicians will not provide clearance for return to play from this injury.	Yo entiendo que un Centro de Emergencias no dara autorización para regresar a jugar después de una lesión.	
	After a concussion, the brain needs time to heal. I understand that I am/my child is much more likely to have another concussion or more serious brain injury if return to play or practice occurs before concussion symptoms go away.	Después de una concusión el cerebro necesita sanar. Yo entiendo que yo/mi hijo, puede sufrir otra concusión o daño cerebral más serio si regresa a jugar o practica antes de que los síntomas de concusión desaparezcan.	
	Sometimes, repeat concussions can cause serious and long-lasting problems.	Algunas veces concusiones repetidas pueden tener problemas serios a largo plazo	
	I understand that I will have to complete a graduated return to play and have written permission from a physician before I will be able to return to my sport per the school's concussion management policy.	Yo entiendo que debo completar mi recuperación para jugar t debo tener un permiso por escrito de un medico antes de poder regresar a mi deporte según el reglamento escolar de supervisión de concusiones	
	I have read the concussion symptoms on the Concussion Information Sheet.	Yo he leído la información de los síntomas de concusiones en la hoja de información.	

Student's signature | Firma del Estudiante: _____ Date | Fecha: _____

Parent's signature | Firma del Padre: _____ Date | Fecha: _____

Concussion | Concusiones

Information for Student – Athletes & Parents / Legal Custodians | Información Para Estudiantes – Atletas & Padres/ Tutores

What is a concussion? A concussion is an injury to the brain caused by a direct or indirect blow to the head. It results in your brain not working as it should. It may or may not cause you to black out or pass out. It can happen to you from a fall, a hit to the head, or a hit to the body that causes your head and your brain to move quickly back and forth.

How do I know if I have a concussion? There are many signs and symptoms that you may have following a concussion. A concussion can affect your thinking, the way your body feels, your mood, or your sleep. Here is what to look for:

¿Qué es una concusión? Una concusión es una lesión al cerebro causado por un golpe directo o indirecto a la cabeza. Como resultado su cerebro no funciona como es debido. Puede o no causar que pierdas la noción o el conocimiento. Le puede ocurrir en una caída, golpe a la cabeza, o golpe corporal que causa que su cabeza o cerebro se sacudan bruscamente.

¿Cómo se si tengo una concusión? Hay muchos signos y síntomas que puede tener al sufrir una concusión. Una concusión puede afectar su razonamiento, como se siente su cuerpo, su estado de ánimo, su dormir. A continuación, vea la guía de lo que se debe observar:

Thinking/Remembering	Physical	Emotional/Mood	Sleep
Difficulty thinking clearly Taking longer to figure things out Difficulty concentrating Difficulty remembering new information	Headache Fuzzy or blurry vision Feeling sick to your stomach/queasy Vomiting/throwing up Dizziness Balance problems Sensitivity to noise or light	Irritability-things bother you more easily Sadness Being more moody Feeling nervous or worried Crying more	Sleeping more than usual Sleeping less than usual Trouble falling asleep Feeling tired
Razonamiento/Memoria	Físico	Estado Emocional /Temperamento	Dormir
Dificultad de razonar con claridad Tiempo prolongado para resolver algo Dificultad de concentración. Dificultad de recordar información reciente	Dolor de cabeza Vision borrosa Molestias estomacales/nauseas Vomito Mareos Problemas de equilibrio Sensible al ruido o luz	Irritable- todo le molesta facilmente Deprimido Mal humorado Nervioso o preocupado Llorar con frecuencia	Dormir más de lo usual Dormir menos de lo usual Dificultad para dormir Cansancio

Table is adapted from the Centers for Disease Control and Prevention | Tabla ha sido adaptada del Centro de Control y Prevencion de Enfermedades (www.cdc.gov/concussion)

What should I do if I think I have a concussion? If you are having any of the signs or symptoms listed above, you should tell your parents, coach, athletic trainer or school nurse so they can get you the help you need. If a parent notices these symptoms, they should inform the school nurse or athletic trainer.

When should I be particularly concerned? If you have a headache that gets worse over time, you are unable to control your body, you throw up repeatedly or feel more and more sick to your stomach, or your words are coming out funny/slurred, you should let an adult like your parent or coach or teacher know right away, so they can get you the help you need before things get any worse.

What are some of the problems that may affect me after a concussion? You may have trouble in some of your classes at school or even with activities at home. If you continue to play or return to play too early with a concussion, you may have long term trouble remembering things or paying attention, headaches may last a long time, or personality changes can occur once you have a concussion, you are more likely to have another concussion.

How do I know when it's ok to return to physical activity and my sport after a concussion? After telling your coach, your parents, and any medical personnel around that you think you have a concussion, you will probably be seen by a doctor trained in helping people with concussions. Your school and your parents can help you decide who is best to treat you and help to make the decision on when you should return to activity/play or practice. Your school will have a policy in place for how to treat concussions. You should not return to play or practice on the same day as your suspected concussion.

¿Qué debo hacer si creo que tengo una concusión? Si tienes uno de los signos o síntomas indicados arriba debes de avisar a tus padres, entrenador atlético o enfermera escolar para que te den la ayuda necesaria. Si un padre observa estos síntomas deben de informar a la enfermera escolar o entrenador atlético.

¿Cuándo me debo de preocupar? Si tienes un dolor de cabeza que empeora y molestias estomacales; no pueden controlar tu cuerpo, vomito repetido o mucha nausea; tus palabras suenan chistoso o gangoso; debes avisar a un adulto: tus padres, entrenador o maestro inmediatamente para que te den la ayuda necesaria antes de que las cosas empeoren.

¿Cuáles son algunos de los problemas que me afectarían después de una concusión? Puedes tener problemas en algunas de tus clases o aun con actividades en casa. Si continúas jugando o regresas a jugar muy pronto después de una concusión puedes tener problemas a largo plazo de memoria o atención, dolores de cabeza prolongados o pueden ocurrir cambios de personalidad. Una vez que has sufrido una concusión, puedes sufrir otra concusión fácilmente.

¿Como se cuando puedo empezar actividad física y mi deporte después de una concusión? Después de avisar a tu entrenador, tus padres y personal medico de que has tenido una concusión, probablemente serás examinado por un doctor entrenado para ayudar a personas con concusiones. Tu escuela y tus padres pueden ayudar a decidir quien es el mejor para ayudarte y ayudarte a decidir cuando debes regresar a tu actividad / jugar o práctica. Tu escuela tendrá un reglamento sobre como proceder con concusiones. Tu no debes regresar a jugar o practica el mismo día que sospechas de una concusión.

You should not have any symptoms at rest or during/after activity when you return to play from the injury.

Tu no debes tener ningún síntoma en reposo, durante/despues de actividad al regresar a jugar lo cual indica que tu cerebro no se ha recuperado de la lesión.