



### Notificación de posible lesión en la cabeza

**Estimados Padres:**

Basados en nuestras observaciones y/o incidentes descritos a continuación, creemos que su hijo/hija muestra signos y síntomas de una conmoción cerebral mientras que participaba en \_\_\_\_\_. Ya que su hijo/hija no ha sido evaluado por un médico en la escuela, es importante que busque cuidado médico lo más pronto posible.

Es importante reconocer que los golpes a la cabeza pueden causar una variedad de lesiones aparte de la conmoción cerebral (p.ej. lesiones de cuello, lesiones cerebrales más serias). Por favor asegúrese de ver a su doctor lo antes posible por cualquier preocupación médica.

Descripción del incidente/ lesiones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Cuándo buscar atención urgente? Si observa *cualquiera* de los siguientes signos, llame a su médico o vaya a su cuarto de urgencias inmediatamente.

Los dolores de cabeza empeoran	Muy somnoliento, no puede estar despierto	No puede reconocer a las personas o lugares
Convulsiones	Vomito constante	Aumento de confusión
Dolor de cuello	Dificultad para hablar	Debilidad/ entumecimiento en brazos y piernas
Cambios de comportamiento inusual	Irritabilidad considerable	Menos receptivo que lo habitual

Signos & síntomas comunes. Es común para un estudiante con una conmoción cerebral tener uno o muchos síntomas.

Físico		Cognitivo	Emocional	Sueño
Dolor de cabeza	Problemas de visión	Sentirse mentalmente desorientado	Irritable	Somnoliento
Nausea/vomito	Fatiga/ se siente cansado	Sentirse ralentizado	Tristeza	Dormir menos de lo normal
Mareado	Sensibilidad a la luz/sonido	Dificultad de recordar	Más emocional	Dormir más de lo normal
Problemas de equilibrio	Entumecimiento/hormigueo	Dificultad de concentración	Nerviosismo	Problemas para dormir

Por favor no dude en contactarme si tiene preguntas. Puede localizarme al: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y título del empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha

PARA SER COMPLETADO POR EL PROVEEDOR AUTORIZADO DE CUIDADO MÉDICO:

Nombre,;\_ .....Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Diagnostico: \_\_\_\_\_

Por favor tenga en cuenta que su hijo/hija no se le permitirá regresar a jugar hasta que esté libre de síntomas y ha sido autorizado por escrito por un proveedor de cuidado de salud autorizado (médico, neuro psicólogo, enfermera especializada, auxiliar médico) para este tipo de lesión.

Distribución: \_Padre    \_AD    \_Enfermería de la escuela