



Building Bridges to the Future

Reporte Lesion/Golpe a la Cabeza

Nombre del Estudiante: _____ Dia: _____

Escuela: _____ Maestra/Grado: _____

Donde y como ocurrio la lesion: _____

Apariencia de la lesion: _____

SIGNOS OBSERVADOS Y SINTOMAS REPORTADOS: _____ **Hora de admission a la Enfermeria**

(*sintomas asesorados a la entrada en la enfermeria*)

<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Perdida de nocion (en el momento de la lesion)	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Dolor de cabeza o presion
<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Confundido o desorientado	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Nausea o vomito
<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Contesta preguntas lentamente	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Vision borrosa o doble
<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	No coordinado o mas	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Sensibilidad a la luz o al ruido
<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Mareado	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Incapaz de recordar eventos antes de la lesion
<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	No se "siente normal"	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Incapaz de recordar eventos durante y despues de la lesion

____ Otro _____

(*incluyendo cambios en los sintomas pasado el tiempo*)

TRATAMIENTO:

<input type="checkbox"/> Hielo	<input type="checkbox"/> Golpe lavado y bendado
<input type="checkbox"/> Observacion	<input type="checkbox"/> Asesorado por la Enfermera
<input type="checkbox"/> Otro _____	

ENSEGUIDA DEL TRATAMIENTO:

_____ **Hora de salida de la Enfermeria**

Contacto con los Padres

[] hable con el Padre _____ [] Padres no contactados, se dejo mensaje _____

(nombre) _____ 911 se llamo _____ (numero)

El estudiante regreso a clases _____

El estudiante fue mandado a su casa _____

Entregado a los PARAMEDICOS _____

Otro _____

Lesion presenciada por: _____ Estudiante

atendido en la enfermeria por: _____

Importante: Debido a la naturaleza inconsistente de las lesiones en la cabeza, los niños que han recibido aún lo que es aparentemente un ligero golpe en la cabeza deben ser observados de cerca por lo menos 24 horas después de ocurrido el incidente. Los signos y síntomas de una conmoción cerebral pueden aparecer inmediatamente después de la lesión o pueden no aparecer hasta días o semanas después de la lesion.

Estimado Padre:

Hoy día en la escuela, su hijo recibió un golpe accidental, sacudida, o golpe a su cabeza y/o cuello.

Si el niño manifiesta alguno de los síntomas enumerados anteriormente:

- 1. Busque atención médica de inmediato.** Un medico profesional será capaz de determinar si su hijo ha tenido una conmoción cerebral, lo grave que es, y cuando es seguro para su niño regresar a sus actividades normales.
- 2. Mantenga a su hijo fuera de deportes.** Las conmociones cerebrales necesitan tiempo para sanar. No deje que su hijo regrese a los deportes o educación física hasta que un medico profesional lo autorice. Los niños que vuelven a jugar demasiado pronto, mientras que el cerebro se esta recuperando, corren riesgo de una segunda lesión que podría ser mucho más grave.
- 3. Informe al entrenador de su hijo o maestro de cualquier lesion reciente en la cabeza.**

Note: Los padres y su médico son responsables de determinar cuando un estudiante está en condiciones de regresar a sus actividades normales. La escuela puede o no pedir una nota del médico después de una lesión en la cabeza para que el estudiante vuelva a plena participación. Si su hijo es visto por su medico, por favor solicite que él / ella proporciona orientación sobre la participación en la escuela.

CC: [] Padre [] Folder Enfermería [] Enfermera de la Escuela [] Director Deportivo (solo secundario)