

APÉNDICE A - FORMULARIO DE SOSPECHA DE CONCUSIÓN

Estudiante: _____ Completado por: _____

Fecha / Hora: _____ TESTIGO o REPORTADO (círculo); impacto brusco en la cabeza, cara, cuello o cuerpo, que transmitió una fuerza a la cabeza y causó que el cerebro se moviera rápidamente dentro del cráneo.

Retire al estudiante de la actividad o deporte de inmediato, si se puede hacer de manera segura. El estudiante no debe volver a jugar, incluso si indica que se siente mejor.

PASO 1. Alerta: Llame al 911. Marque (☐) las señal(es) de alerta y/o síntoma(s).

Si uno o más signos de alerta o síntomas están presentes, llame al 911			
No hay signos de alerta o síntomas	Dolor de cabeza severo o incrementándose		Estado de conciencia deteriorado
Dolor o sensibilidad en el cuello	Ataque o convulsión		Vómito
Debilidad u hormigueo/ardor en brazos o piernas	Doble visión		Cada vez más inquieto, agitado o combativo
	Pérdida de la conciencia		

Si identifica una o más alertas, complete solo el PASO 3 - Contactar a los padres/tutores.

PASO 2. Otros signos y síntomas: Si ninguna alerta fue identificada, complete el PASO 2 y PASO 3 - Contactar a los padres/tutores.

Otros Signos de Concusión: Marque (☐) pistas visuales.				
No se observan signos	Desorientación o confusión, o incapacidad para responder adecuadamente a las preguntas	Equilibrio, dificultades para caminar, falta de coordinación motora, tropiezos, movimientos lentos		Tendido inmóvil en la superficie de juego (sin pérdida de conciencia)
Mirada en blanco o vacía	Lesión facial después de un traumatismo craneal	Se levanta lento después de un golpe directo o indirecto en la cabeza		
Otros Síntomas de Concusión a reportar: Marque (☐) los escuche del estudiante.				
No se reportan signos	Visión borrosa	Más emocional		Dificultad para concentrarse
Dolor de cabeza	Sensibilidad a la luz	Más irritable		Dificultad para recordar
"Presión en la cabeza"	Sensibilidad al ruido	Tristeza		Se siente aletargado
Balancear problemas	Fatiga o poca energía	Nervioso o ansioso		Sentirse "entre niebla"
Náusea	"No me siento bien"	Somnolencia		Mareo

SI EMPEORA CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA, LLAME AL 911

Comprobación rápida de la función de memoria: Registre las respuestas del estudiante a continuación. Es posible que deba modificar las preguntas según la naturaleza de la actividad, así como la edad, la capacidad cognitiva y/o el dominio del idioma inglés del estudiante. **Si falla al responder alguna de éstas preguntas, indicará sospecha de conmoción cerebral.**

- ¿En qué habitación estamos ahora? _____
- ¿Qué actividad/deporte/juego estamos jugando ahora? _____
- ¿En qué campo estamos jugando hoy? _____
- ¿Es antes o después de la comida? _____
- ¿Cuál es el nombre de tu maestro/entrenador? _____
- ¿A qué escuela vas? _____

PASO 3. Contactar a los padres/tutores

Esta evaluación de una posible conmoción cerebral identificó lo siguiente:

- Alerta(s) de signo(s) y/o síntoma(s). Se llamó a los Servicios Médicos de Emergencia. El estudiante requiere un examen médico de emergencia por sospecha de conmoción cerebral. El padre/tutor ha sido informado del evento y ubicación del hospital.
- Otro(s) signo(s) y/o síntoma(s) está(n) presente(s). El estudiante requiere un examen médico urgente por parte de un médico o enfermera profesional por sospecha de conmoción cerebral. El estudiante requiere un mínimo de 24 horas de descanso y supervisión en el hogar sin actividad física. Se contactó a los padres/tutores para que vinieran por el estudiante.
- No se observa(n) signo(s) y/o síntoma(s). El estudiante requiere un mínimo de 24 horas de supervisión en el hogar y la escuela, utilizando los PASOS 1 y 2 de este formulario. Los padres/tutores han sido informados del evento; el estudiante puede permanecer en la escuela con supervisión pero sin actividad física.

PASO 4. REVISIÓN MÉDICA/SUPERVISIÓN (para ser completada por el Padre/Tutor)

Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Resultados de la revisión médica:

- _____ (nombre del estudiante) fue examinado por
- _____ (nombre del médico o enfermera profesional)
y se ha diagnosticado una conmoción cerebral y el estudiante es supervisado médicamente. Se requiere un Plan de Manejo de Concusión en el Hogar y la Escuela (HDSB). NOTA: El estudiante debe permanecer en casa para descansar durante la Etapa 1 y 2, según este plan.
- no se ha diagnosticado conmoción cerebral. Sin embargo, el examen médico condujo a las siguientes recomendaciones: _____

- no se ha diagnosticado conmoción cerebral. El estudiante puede volver a participar plenamente en actividades físicas y de aprendizaje sin restricciones.

Los resultados de la supervisión (donde no se observaron signos o síntomas):

- _____ (nombre del alumno) desarrolló signos y/o síntomas durante el período de supervisión. El estudiante requiere un examen médico urgente por parte de un

médico o enfermera profesional debido sospecha de conmoción cerebral. Los resultados del examen médico se deben anotar arriba.

- _____ (nombre del estudiante) fue supervisado en casa por un mínimo de 24 horas. No se observaron signos ni síntomas. El estudiante puede volver a participar plenamente en actividades físicas y de aprendizaje sin restricciones.

Firma del Padre/Tutor: _____