

Sideline Concussion Documentation [Documentación de línea de banda]

Para ser llenada por el personal de entrenadores en caso de conmoción cerebral

Nombre del(la) atleta: _____

Fecha de nac.: ____/____/____ Edad / grado escolar: ____/____

OBSERVACIONES

Equipo: _____ Fecha: _____

Lugar: _____ Hora actual: _____ Hora lesión: _____

Documentación llenado por: _____ Tel.: _____

Entrenador ATC Padres Otro: _____

1. ¿Perdió el conocimiento? Sí No **Si 'SÍ' llame 911.** Duración inconsciente _____

2. ¿Fueron observados ataques? Sí No **Si 'SÍ' llame 911.** Notas: _____

3. ¿Se observó vómito? Sí No **Si 'SÍ' y más de una vez, llame al 911.**

4. Descripción de lesión: Caída Golpe de cabeza con otro jugador Golpe de cabeza en el suelo o con objeto. Golpeado con un objeto.

5. Sitio del impacto: en la cabeza: Frente Frente izq. Frente der. Atrás, izq. Atrás, der. Espalda.
Otro sitio: Cuello. Impacto indirecto.

6. Lo último que recuerda antes del impacto: _____
(Duración de tiempo entre memoria e impacto: _____)

7. Lo primero que recuerda después del impacto: _____
(Duración de tiempo entre impacto y memoria: _____)

FUNCIONALIDAD

1. Se orienta: en sí mismo localidad marcador oponente última jugada

2. ¿Se tambalea el(la) atleta, menea, tropieza o aparenta descoordinado? Sí No

3. ¿Se pierden los ojos del(la) atleta al mirar o tiene pupilas disparejas? Sí No

4. ¿Aparece estar aturdido, responde lenta o difícilmente, actúa fuera de lo usual? Yes No

Monitoreo de síntomas

Pida al atleta que dé su puntuación de cada síntoma inmediatamente después de la lesión, luego a los 15 minutos después, y luego a los 30 minutos después, mediante una escala de 0 a 3:

- ▶ 0 – nada
- ▶ 1 – un poco
- ▶ 2 – medianamente
- ▶ 3 – mucho

Anote la puntuación en cada casilla para cada síntoma y según el intervalo de tiempo.

Síntoma	Inmediatamente	15 min después	30 min después
Dolor de cabeza			
Mareos			
Cambios en la vista			
Sensibilidad a la luz			
Sensibilidad al ruido			
Dolor de cuello			
Se siente distraído			
Fatiga			
Entumecimiento / pérdida de movimiento			
Se siente grogui / razón nublada / perdido			
Dificultad para recordar			
Enfadado / emocional / sentimental			



Nombre del(la) atleta: _____

Fecha de nac.: ____ / ____ / ____ Edad / grado escolar: ____ / ____

Estimado doctor,

El atleta que remitimos a usted ha sufrido lo que sospechamos es una una conmoción cerebral durante la acción de un partido. Favor de evaluar este(a) atleta para determinar si él / ella tiene, en efecto, una conmoción y de revisar su progreso graduado por pasos que aparece abajo, así como para darnos sus recomendaciones profesionales. Gracias por su apoyo.

Información adicional en: www.cdc.gov/concussion/HeadsUp/physicians_tool_kit.html.

¿Diagnostica usted que este atleta ha sufrido una conmoción cerebral?

NO (pasar al pie de la pág., llenar y firmar). **SÍ (siguiente sección).**

PROGRESIÓN DE PASOS GRADUADOS PARA VOLVER A PARTICIPAR

- 1. Nada de actividad:** reposo total, tanto físico como cognitivo (mental). Quiere decir que se puede quedar en casa en vez de ir a la escuela o bien, limitar las horas escolares y/o la tarea dado que la actividad de atención y concentración pudiera empeorar los síntomas y demorar la recuperación.
- 2. Ejercicio aeróbico ligero:** caminar a baja intensidad o bicicleta estacionaria lenta; nada de levantamiento de pesas ni ejercicios de resistencia.

Antes de progresar a la siguiente etapa, el(la) atleta debe estar lo suficientemente saludable para volver a la escuela tiempo completo.

- 3. Ejercicio específico al deporte:** empezar a correr con aceleración, driblar en baloncesto o en fútbol, etc.; sin casco u otro equipo, nada de actividades de impacto.
- 4. Entrenamiento sin contacto:** empezar movidas más complejas con todo el equipamiento de protección, entrenamiento con levantamiento de pesas o ejercicio de resistencia.

Debe obtenerse el alta del médico antes de progresar a los pasos 5 y 6.

- 5. Prácticas de contacto total:** participar en actividades normales de entrenamiento.
- 6. Volver a participar plenamente y a competir sin restricción** (llenar también el formulario "Return to Participation" –Regreso a participación).

El(la) atleta deberá pasar un mínimo de un día en cada paso. Si vuelven los síntomas, deberá parar la actividad, descansar al menos 24 horas y luego volver un paso por debajo de donde estaba. **El regreso graduado aplica a toda actividad, incluso académica, juegos electrónicos, deportes, andar en bici, clases de educación deportiva, quehaceres, jugar con amistades, etc.**

USO EXCLUSIVO DEL MÉDICO / THIS SECTION TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN

- This athlete **may NOT** return to any sport activity until medically cleared.
- Athlete should **remain home from school** to rest and recover until next follow up with physician on _____ (date).
- Please **allow classroom accommodations**, such as extra time on tests, a quiet room to take tests, and a reduced workload when possible. Additional recommendations: _____

- Athlete **may begin a graduated return at the stage circled above.**

Physician's signature: _____ Date: _____

Physician's name (print): _____