

Conmoción cerebral: 'Graded "Return-to-Participation" Documentation'

[Documentación de participación graduada para volver a la participación] – Para ser llenado por los padres o guardianes del atleta

Atleta, nombre: _____ Fecha nac.: ____ / ____ / ____ Edad/grado: ____ / ____
 Fecha de lesión: _____ Documentación llenada por: _____

Síntomas	Actividad previa al síntoma	Lista graduada para chequeo de síntomas										
	Fecha / hora:	Fecha / hora:	Fecha / hora:	Fecha / hora:	Fecha / hora:	Fecha / hora:	Fecha / hora:	Fecha / hora:	Fecha / hora:	Fecha / hora:	Fecha / hora:	
	Dolor de cabeza											
	Presión en la cabeza											
	Dolor de cuello											
	Náusea o vómito											
	Mareos											
	Vista nublada											
	Problema de equilibrio											
	Sensibilidad a la luz											
	Sensibilidad al ruido											
	Pesadez y lentitud											
	Siente como "neblina"											
	"Algo no anda bien..."											
	▼ Para concentrarse											
	▼ Con la memoria											
	Fatiga / poca energía											
	Confusión											
	Somnolencia											
	Dificultad para dormir											
	Más emocional											
	Más irritable											
	Melancólico											
	Nervioso / ansioso											

Comentarios:

Datos obtenidos de 'Providence Sports Care Center',
 proveedor oficial de atención médica para:



Conmoción cerebral: Alta médica para volver a la participación

Para ser llenado por el médico

Atleta, nombre: _____

Fecha nac.: ____/____/____ Edad/grado: ____/____ Fecha lesión: _____

Estimado doctor,

El atleta a quien remitimos fue evaluado y diagnosticado con conmoción cerebral fecha _____. A partir de entonces, se ha monitoreado los síntomas de dicho atleta durante sus actividades académicas y deportivas (véase al reverso). Favor de evaluar este atleta y de facilitar las recomendaciones necesarias para ser acatadas por el estudiante, entrenadores, maestros, padres, etc. Gracias por su tiempo y apoyo.

Informes adicionales en: www.cdc.gov/concussion/HeadsUp/physicians_tool_kit.html.

Regreso a la participación deportiva: sólo se permite después de haber seguido los siguientes pasos graduados:

1. **Nada de actividad:** Cdescanso 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 las sig. etapas, el(la) estudiante debe estar lo suficientemente saludable para volver a la escuela tiempo completo.

3. **Ejercicio específico al deporte:** iniciar carrera acelerada, driblar baloncesto, fútbol, etc.; sin casco u otro equipo, nada de actividad de impacto.
4. **Entrenamiento sin contacto:** iniciar movidas más complejas, equipamiento completo; entrenar con 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 debe pasar un mínimo de un día en cada paso. Si vuelven los síntomas, deberá parar la actividad. El estudiante deberá reposar un mínimo de 24 horas y luego volver a la actividad **un paso debajo** de donde se encontraba cuando se presentaron de nuevo los síntomas. **El regreso graduado aplica a toda actividad, incluso académica, juegos electrónicos, deporte, andar en bici, clases de educación física, quehaceres, jugar con amistades, etc.**

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

- This athlete **may NOT return** to any sports 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 graduated return at stage circled above**.

Physician's signature: _____ Date: _____

Physician's name (print): _____

Phone: _____