



Nombre del/de la Deportista: _____

Deporte/Temporada: _____

Fecha de Recibo: _____

Autorización Médica para Estudiante Deportista con Sospecha de Lesión en la Cabeza

Sección 1: Observación Inicial Que Debe Ser Completada por el Entrenador/a, Instructor/a de Deportes y/o Personal de Primeros Auxilios

Nombre del/de la Deportista: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Escuela: _____ Deporte: _____

Después de una lesión, experimentó el/la deportista:	Indique con un círculo	Síntomas	Comentarios
Pérdida del conocimiento o falta de reacción/respuesta	Sí / No		
Crisis de actividad convulsiva	Sí / No		
Problemas de equilibrio/inestabilidad	Sí / No		
Mareo	Sí / No		
Dolor de cabeza	Sí / No		
Nauseas/vómito	Sí / No		
Inestabilidad emocional (risa, llanto, ira anormales)	Sí / No		
Confusión/fácil distracción	Sí / No		
Sensibilidad a la luz o a sonidos	Sí / No		
Problemas de visión	Sí / No		
Dolor de cuello	Sí / No		

Describa la lesión o provea detalles adicionales: _____

Historial de la Lesión: Nombre de la Persona Que Completa el Formulario: _____ Relación/Parentesco: _____

Fecha de la Lesión: _____ Hora de la Lesión: _____ Número de Teléfono: _____

Sección 2: Debe Ser Completada por un Proveedor de Cuidados de la Salud Certificado (Licensed Health Care Provider—LHCP)

Recomendaciones del Proveedor de Servicios Médicos. Conforme a COMAR 13A.06.08.01, sólo proveedores de cuidados de salud certificados (LHCP, por sus siglas en inglés) capacitados en la evaluación y atención de conmoción cerebral tienen permitido autorizar a un/a estudiante deportista a que regrese a jugar.

*Este plan de regreso al juego (return to play—RTP) se basa en la evaluación de hoy.

Diagnóstico de LHCP:

- No Hay Conmoción Cerebral—Puede Regresar a Toda Actividad Académica y Física
- Conmoción Cerebral

POR FAVOR TENGA EN CUENTA ESTOS REQUISITOS PARA REGRESAR A LOS DEPORTES POR FAVOR COMPLETE

- Los deportistas no tienen permitido regresar a una práctica o a un partido en el mismo día en que haya ocurrido la lesión a su cabeza
- Los deportistas nunca deberán regresar al juego a una práctica si todavía presentan **ALGÚN SÍNTOMA**
- Deportistas, asegúrense de que su entrenador/a y/o su instructor deportivo esté/n en conocimiento de su lesión y síntomas, y que tenga/n la información de contacto del médico que provea el tratamiento

ESCUELA (ACADÉMICO) COMPLETADO POR LHCP

- Ya puede regresar a la escuela
- Puede regresar a la escuela el día ____ / ____ / ____
- Fuera de la escuela hasta que se realice un seguimiento (seguimiento programado para ____)
- Limitaciones o Adaptaciones (por favor vea más abajo o adjunto)

DEPORTES/ACTIVIDADES FÍSICAS

- Puede iniciar la progresión de regreso al juego bajo la supervisión de un proveedor de cuidados de la salud de su escuela/equipo
- Debe regresar al proveedor de servicios médicos para autorización final para el regreso a la competición y a actividades físicas

Comentarios Adicionales/Instrucciones: _____

Sello de la Oficina:

Nombre del/de la LHCP: _____

Firma: _____

Fecha: _____ Número de Teléfono: _____

Certifico que estoy en conocimiento de la orientación médica actual sobre la evaluación y tratamiento de conmoción cerebral

- Todos los deportistas de las escuelas públicas de Maryland deben tener la firma de un Proveedor de Cuidados de la Salud Certificado para poder regresar al juego
- Normalmente, se necesita más de una evaluación para recibir autorización médica por conmoción cerebral, ya que los síntomas podrían no presentarse completamente por días.

ENTREGUE EL FORMULARIO COMPLETADO AL ENFERMERO/A ESCOLAR, DIRECTOR/A DE DEPORTES E INSTRUCTOR/A DE DEPORTES