PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION
HISTORY FORM

(Note: This form is to be filled out by the patient and parent prior to seeing the physician. The physician should keep this form in the chart.)

Date of Exam _____

Name _____ Date of birth _____

Sex _____ Age _____ Grade _____ School _____ Sport(s) _____

Medicines and Allergies: Please list all of the prescription and over-the-counter medicines and supplements (herbal and nutritional) that you are currently taking

_____

_____

_____

Do you have any allergies? ☐ Yes ☐ No If yes, please identify specific allergy below.

☐ Medicines ☐ Pollens ☐ Food ☐ Stinging Insects

Explain "Yes" answers below. Circle questions you don't know the answers to.

GENERAL QUESTIONS	Yes	No
1. Has a doctor ever denied or restricted your participation in sports for any reason?		
2. Do you have any ongoing medical conditions? If so, please identify below: ☐ Asthma ☐ Anemia ☐ Diabetes ☐ Infections Other: _____		
3. Have you ever spent the night in the hospital?		
4. Have you ever had surgery?		
HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT YOU	**Yes**	**No**
5. Have you ever passed out or nearly passed out DURING or AFTER exercise?		
6. Have you ever had discomfort, pain, tightness, or pressure in your chest during exercise?		
7. Does your heart ever race or skip beats (irregular beats) during exercise?		
8. Has a doctor ever told you that you have any heart problems? If so, check all that apply: ☐ High blood pressure ☐ A heart murmur ☐ High cholesterol ☐ A heart infection ☐ Kawasaki disease Other: _____		
9. Has a doctor ever ordered a test for your heart? (For example, ECG/EKG, echocardiogram)		
10. Do you get lightheaded or feel more short of breath than expected during exercise?		
11. Have you ever had an unexplained seizure?		
12. Do you get more tired or short of breath more quickly than your friends during exercise?		
HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT YOUR FAMILY	**Yes**	**No**
13. Has any family member or relative died of heart problems or had an unexpected or unexplained sudden death before age 50 (including drowning, unexplained car accident, or sudden infant death syndrome)?		
14. Does anyone in your family have hypertrophic cardiomyopathy, Marfan syndrome, arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy, long QT syndrome, short QT syndrome, Brugada syndrome, or catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia?		
15. Does anyone in your family have a heart problem, pacemaker, or implanted defibrillator?		
16. Has anyone in your family had unexplained fainting, unexplained seizures, or near drowning?		
BONE AND JOINT QUESTIONS	**Yes**	**No**
17. Have you ever had an injury to a bone, muscle, ligament, or tendon that caused you to miss a practice or a game?		
18. Have you ever had any broken or fractured bones or dislocated joints?		
19. Have you ever had an injury that required x-rays, MRI, CT scan, injections, therapy, a brace, a cast, or crutches?		
20. Have you ever had a stress fracture?		
21. Have you ever been told that you have or have you had an x-ray for neck instability or atlantoaxial instability? (Down syndrome or dwarfism)		
22. Do you regularly use a brace, orthotics, or other assistive device?		
23. Do you have a bone, muscle, or joint injury that bothers you?		
24. Do any of your joints become painful, swollen, feel warm, or look red?		
25. Do you have any history of juvenile arthritis or connective tissue disease?		

MEDICAL QUESTIONS	Yes	No
26. Do you cough, wheeze, or have difficulty breathing during or after exercise?		
27. Have you ever used an inhaler or taken asthma medicine?		
28. Is there anyone in your family who has asthma?		
29. Were you born without or are you missing a kidney, an eye, a testicle (males), your spleen, or any other organ?		
30. Do you have groin pain or a painful bulge or hernia in the groin area?		
31. Have you had infectious mononucleosis (mono) within the last month?		
32. Do you have any rashes, pressure sores, or other skin problems?		
33. Have you had a herpes or MRSA skin infection?		
34. Have you ever had a head injury or concussion?		
35. Have you ever had a hit or blow to the head that caused confusion, prolonged headache, or memory problems?		
36. Do you have a history of seizure disorder?		
37. Do you have headaches with exercise?		
38. Have you ever had numbness, tingling, or weakness in your arms or legs after being hit or falling?		
39. Have you ever been unable to move your arms or legs after being hit or falling?		
40. Have you ever become ill while exercising in the heat?		
41. Do you get frequent muscle cramps when exercising?		
42. Do you or someone in your family have sickle cell trait or disease?		
43. Have you had any problems with your eyes or vision?		
44. Have you had any eye injuries?		
45. Do you wear glasses or contact lenses?		
46. Do you wear protective eyewear, such as goggles or a face shield?		
47. Do you worry about your weight?		
48. Are you trying to or has anyone recommended that you gain or lose weight?		
49. Are you on a special diet or do you avoid certain types of foods?		
50. Have you ever had an eating disorder?		
51. Do you have any concerns that you would like to discuss with a doctor?		
FEMALES ONLY		
52. Have you ever had a menstrual period?		
53. How old were you when you had your first menstrual period?		
54. How many periods have you had in the last 12 months?		

Explain "yes" answers here

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

I hereby state that, to the best of my knowledge, my answers to the above questions are complete and correct.

Signature of athlete _____ Signature of parent/guardian _____ Date _____

©2010 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine. Permission is granted to reprint for noncommercial, educational purposes with acknowledgment.

HE0503 9-2681/0410

PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION
PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name _____ Date of birth _____

PHYSICIAN REMINDERS

1. Consider additional questions on more sensitive issues
   - Do you feel stressed out or under a lot of pressure?
   - Do you ever feel sad, hopeless, depressed, or anxious?
   - Do you feel safe at your home or residence?
   - Have you ever tried cigarettes, chewing tobacco, snuff, or dip?
   - During the past 30 days, did you use chewing tobacco, snuff, or dip?
   - Do you drink alcohol or use any other drugs?
   - Have you ever taken anabolic steroids or used any other performance supplement?
   - Have you ever taken any supplements to help you gain or lose weight or improve your performance?
   - Do you wear a seat belt, use a helmet, and use condoms?
2. Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (questions 5–14).

EXAMINATION		
Height _____ Weight _____	☐ Male ☐ Female	
BP _____ / _____ (_____ / _____) Pulse _____	Vision R 20/ _____ L 20/ _____	Corrected ☐ Y ☐ N
MEDICAL	**NORMAL**	**ABNORMAL FINDINGS**
Appearance • Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, arm span > height, hyperlaxity, myopia, MVP, aortic insufficiency)		
Eyes/ears/nose/throat • Pupils equal • Hearing		
Lymph nodes		
Heart[a] • Murmurs (auscultation standing, supine, +/- Valsalva) • Location of point of maximal impulse (PMI)		
Pulses • Simultaneous femoral and radial pulses		
Lungs		
Abdomen		
Genitourinary (males only)[b]		
Skin • HSV, lesions suggestive of MRSA, tinea corporis		
Neurologic[c]		
MUSCULOSKELETAL		
Neck		
Back		
Shoulder/arm		
Elbow/forearm		
Wrist/hand/fingers		
Hip/thigh		
Knee		
Leg/ankle		
Foot/toes		
Functional • Duck-walk, single leg hop		

[a]Consider ECG, echocardiogram, and referral to cardiology for abnormal cardiac history or exam.
[b]Consider GU exam if in private setting. Having third party present is recommended.
[c]Consider cognitive evaluation or baseline neuropsychiatric testing if a history of significant concussion.

☐ Cleared for all sports without restriction

☐ Cleared for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment for _____

_____

☐ Not cleared

- ☐ Pending further evaluation
- ☐ For any sports
- ☐ For certain sports _____

  Reason _____

Recommendations _____

_____

I have examined the above-named student and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not present apparent clinical contraindications to practice and participate in the sport(s) as outlined above. A copy of the physical exam is on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the physician may rescind the clearance until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents/guardians).

Name of physician (print/type) _____ Date _____

Address _____ Phone _____

Signature of physician _____, MD or DO

©2010 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine. Permission is granted to reprint for noncommercial, educational purposes with acknowledgment.

HE0503

9-2681/0410

Atletismo de la escuela secundaria Pajaro Valley

TARJETA DE INFORMACIÓN ESTUDIANTIL Y CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre:		Fecha de nacimiento:	
Número de identificación del estudiante:	Año escolar:	Grado:	Año de graduación:
Direccion de casa:			
Línea de dirección 2:			
Ciudad/Estado:		Código postal:	
Deportes en los que participa:	Otoño	Invierno	Primavera

Enumere cualquier alergia conocida:_____

Medicamentos que utiliza actualmente:_____

Condiciones médicas conocidas:_____

Aseguranza:_____ Número de póliza:_____

_____ _____

Nombre del padre o tutor legal en letra de imprenta — Relación con el atleta

Mejor método de contacto (correo electrónico o número de teléfono):_____

En caso de emergencia y ausencia del padre/tutor, indique dos personas a las que recomienda que llamemos:

Contacto de emergencia 1

Nombre: _____

Relación con el atleta: _____

Habla español *solo*? Por favor circule: SÍ o NO

Número de teléfono primario:_____

Numero de telefono secundario:_____

Contacto de emergencia 2

Nombre: _____

Relación con el atleta: _____

Habla español *solo*? Por favor circule: SÍ o NO

Número de teléfono primario:_____

Numero de telefono secundario:_____

En caso de lesión, por la presente doy mi permiso para que cualquier médico y/o personal de servicios de emergencia brinde atención de emergencia inmediata al estudiante mencionado anteriormente. También doy permiso para que el estudiante atleta sea transportado al hospital _____ o al hospital disponible más cercano en un vehículo de emergencia. Además, autorizo a cualquier hospital que haya brindado tratamiento al mencionado anteriormente a entregar la custodia física de dicho menor al agente(s) mencionado(s) arriba al finalizar el tratamiento.

Por la presente indemnizo y exonero de responsabilidad al Departamento, a las entidades y a otras personas que actúan basándose en esta autorización.

_____ _____

Firma del padre/tutor legal — Fecha

Atletismo de la escuela secundaria Pajaro Valley

RECONOCIMIENTO DE RIESGO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN ATLÉTICA INTERESCOLAR

Nombre del estudiante: _____ Número de identificación del estudiante:_____ Año escolar:_____

Padre/tutor legal: Lea las siguientes declaraciones sobre la participación en el programa atlético interescolar de Pajaro Valley High School (PVHS). Se requiere que un padre/tutor legal revise la siguiente información y reconozca poniendo sus iniciales después de cada sección.

Consentimiento para participar: Yo, _____, el padre/tutor legal, doy mi consentimiento para que el estudiante-atleta mencionado anteriormente participe en deportes interescolares según lo dispuesto por Pajaro Valley High School y represente a la escuela como miembro del equipo de acuerdo con las políticas y condiciones establecidas por la distrito escolar, administración escolar y entrenadores.

Inicial: _____

Enumere cualquier deporte en el que se permita el consentimiento.**NO** dado para el estudiante-atleta nombrado:

_____

Reconocimiento y asunción del riesgo de lesión:

Yo, el padre/tutor legal y el estudiante atleta mencionado anteriormente reconozco que la preparación y participación en deportes interescolares implica un riesgo de lesión grave y permanente para un estudiante atleta. Entiendo que estos riesgos pueden surgir en cualquier momento durante la participación deportiva e incluyen, entre otros, muerte o parálisis, daño cerebral, paro cardíaco, lesiones graves a órganos internos y/o huesos, articulaciones, ligamentos, músculos, tendones, y otras lesiones graves o deterioro de otros aspectos de la salud y el bienestar del atleta. Con esto, libero y descargo para siempre a Pajaro Valley High School y a sus funcionarios, directores, socios, accionistas, miembros, gerentes, agentes, empleados, sucesores, subsidiarias, padres, representantes, abogados, afiliados, herederos y aseguradores, de toda responsabilidad, pérdida, daño, costo, reclamo y/o causa de acciones resultantes de cualquier accidente, enfermedad, daño corporal, lesión personal, muerte y/o pérdida de propiedad, cualquiera que sea su causa o de cualquier manera relacionados con la participación en deportes en Pajaro Valley High School, incluidos los riesgos y peligros causados en su totalidad o en parte por negligencia de Pajaro Valley High School y/o sus empleados, agentes y representantes.

Debido a los peligros de participar en deportes interescolares, reconozco la importancia de seguir las instrucciones de los entrenadores con respecto a las técnicas de juego, el entrenamiento y otras reglas del equipo, así como de obedecer dichas instrucciones.

Por la presente reconozco y acepto que existen ciertos riesgos y peligros asociados con la participación en deportes en Pajaro Valley High School, incluidos riesgos de enfermedad, lesiones graves y muerte; y acepto y asumo, consciente y voluntariamente, la responsabilidad por dichos riesgos.

Inicial: _____

Seguro: El seguro médico y contra accidentes es un requisito antes de la prueba, práctica o participación en deportes interescolares y debe permanecer activo durante todo el año escolar. Mantener dicha póliza vigente será responsabilidad de los padres/tutores legales. El seguro se puede comprar a través de un proveedor privado o mediante el programa de seguro escolar.

Inicial: _____

Nombre de la compañía de seguros: _____ **Número de póliza:** _____

Atletismo de la escuela secundaria Pajaro Valley

RECONOCIMIENTO DE RIESGO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN ATLÉTICA INTERESCOLAR

Nombre del estudiante: _____ Número de identificación del estudiante:_____ Año escolar:_____

Responsabilidad financiera por la atención médica: Se acuerda que la responsabilidad financiera de garantizar la atención de las lesiones deportivas es un asunto entre el padre/tutor legal y el proveedor de atención médica. PVHS no será responsable del pago a los proveedores de atención médica por el tratamiento del estudiante-atleta nombrado. Por la presente indemnizo y exonero de responsabilidad a Pajaro Valley High School de todos y cada uno de los reclamos, demandas, juicios, responsabilidades, daños, gastos (incluidos los honorarios razonables de abogados) y/o costos que surjan de o estén relacionados con la participación en deportes en Pajaro Valley High School. .

Inicial: _____

Exámenes físicos: Se requiere un examen físico previo a la participación anualmente para todos los estudiantes que deseen participar en pruebas, prácticas o competencias. Los exámenes físicos para los deportes de OTOÑO (fútbol, porristas, tenis, campo a través o voleibol femenino) deben tener fecha.**1 DE DICIEMBRE o después,**para deportes de INVIERNO (fútbol, baloncesto o lucha libre) debe tener fecha 1 **DE ENERO o después,**y para los deportes de PRIMAVERA (voleibol masculino, atletismo, sóftbol o béisbol) deben tener fecha **1 DE MAYO o más tarde** para que sea válido para el siguiente año escolar. Exámenes físicos atléticos fechados **previo** a las fechas anteriores de un año calendario no ser válido en la fecha de inicio de los deportes del año siguiente.

Inicial: _____

Notificación de lesiones: La información sobre el cuidado, la disposición y el tratamiento de las lesiones deportivas se compartirá únicamente con el entrenador deportivo de la escuela secundaria del estudiante-atleta, el director deportivo de la escuela, el médico tratante, el médico del equipo, la enfermera escolar y/o el entrenador del equipo, según corresponda y si es necesario. conocer la base del tiempo que el estudiante-atleta participa en deportes de PVHS. La información divulgada a un tercero por los proveedores de atención médica de la escuela solo puede ocurrir con el permiso por escrito del padre/tutor legal. Doy permiso para que la información médica sea divulgada y discutida con el entrenador deportivo certificado, la enfermera escolar, los entrenadores de equipo, los administradores deportivos, los padres y/o tutores si es razonablemente necesario para brindar la mejor atención posible.

Inicial: _____

Responsabilidades de transporte: Se acuerda que el padre/tutor legal y el estudiante asumirán las responsabilidades legales por la seguridad personal y la acción del estudiante nombrado mientras viaja hacia y desde las prácticas y competencias cuando PVHS no proporciona transporte. Cuando PVHS proporciona transporte, la política requiere que los estudiantes-atletas utilicen dicho transporte hacia y desde las prácticas y competencias. Cualquier excepción debe ser coordinada y aprobada por el director deportivo de la escuela/administración escolar antes de la salida y de acuerdo con las políticas de viaje establecidas.

Inicial: _____

Transporte de emergencia: Entiendo que en caso de una emergencia, es posible que se requiera transporte médico. También entiendo que en algunas situaciones, puede ser necesario el transporte a un hospital, pero es posible que no se necesiten servicios médicos de emergencia o que demoren demasiado en llegar; En el raro caso de que EMS no esté disponible o el transporte sea más rápido en un vehículo personal, entiendo que un entrenador, administrador o padre disponible puede ser la opción de transporte más rápida disponible.

En caso de que no esté disponible, por la presente doy permiso para que el estudiante-atleta mencionado anteriormente sea transportado al hospital más cercano en un vehículo de emergencia o personal designado de PVHS, incluidos entrenadores, administradores o padres disponibles.

Inicial: _____

Hoja de información de la CIF sobre la conmoción cerebral

¿Por qué recibí esta hoja de información?

Usted recibió esta hoja de información sobre las conmociones cerebrales debido a la existencia de la ley estatal AB 25 (con vigencia a partir del 1 de enero, 2012), en la actualidad, Código de Educación § 49475:

1. *La ley requiere que un/una atleta estudiantil que haya sostenido una conmoción cerebral durante una práctica o juego deberá ser retirado(a) de la actividad durante el resto del día.*
2. *Cualquier atleta estudiantil que sea retirado(a) por esta razón deberá recibir una nota escrita de un médico capacitado en el manejo de conmociones cerebrales antes de regresar a las prácticas.*
3. *Antes de que un/una atleta estudiantil pueda empezar la temporada y comenzar a practicar un deporte, una hoja de información sobre la conmoción cerebral deberá ser firmada y devuelta a la escuela por el/la atleta estudiantil y por el padre o tutor.*

[Cada 2 años, todos los entrenadores deberán recibir capacitación sobre las conmociones cerebrales (AB 1451), paro cardíaco repentino (AB 1639) y enfermedad por el calor (AB 2800) así como ostentar una certificación de capacitación en primeros auxilios, reanimación cardiopulmonar (CPR por sus siglas en inglés) y en la utilización del desfibrilador externo automático (AED por sus siglas en inglés). (Este último es un dispositivo eléctrico salvavidas que puede ser utilizado durante CPR)].

¿Qué es una conmoción cerebral y cómo la reconocería?

Una conmoción cerebral es un tipo de lesión cerebral. Puede ser causada por un golpe en la cabeza, o por un golpe en otra parte del cuerpo con una fuerza tal que sacuda la cabeza. Las conmociones cerebrales pueden suceder en cualquier deporte, y pueden manifestar un aspecto diferente en cada persona.

La mayoría de las conmociones cerebrales mejoran con reposo, y más del 90% de los atletas se recuperan completamente. Sin embargo, todas las conmociones cerebrales deben considerarse graves. Si no se reconocen y no se manejan de la manera correcta, se pueden producir problemas que incluyen daños cerebrales e incluso la muerte.

La mayoría de las conmociones cerebrales ocurren sin haber perdido el conocimiento. Las señales y los síntomas de conmoción cerebral (consulte el reverso de esta página) pueden manifestarse inmediatamente después de una lesión o pueden tomar horas para que aparezcan. Si su niño/niña reporta cualquier síntoma de conmoción cerebral, o si usted observa algún síntoma o señal, solicite una evaluación médica del entrenador atlético de su equipo y de un médico capacitado en la evaluación y manejo de concusiones cerebrales. Si su niño/niña está vomitando, tiene un fuerte dolor de cabeza, o tiene dificultad para permanecer despierto(a) o no puede responder preguntas sencillas, llame al 911 o llévelo(a) inmediatamente a la sala de emergencias de su hospital local.

En el sitio web de la CIF se encuentra una **Lista de verificación por etapas de los síntomas por conmoción cerebral (Graded Concussion Symptom Checklist).** Si su niño/niña llena esta hoja después de haber sufrido una conmoción cerebral, la misma ayudará al médico o entrenador atlético entender cómo él o ella se está sintiendo y esperamos que también pueda mostrar señales de mejora conforme avance el tiempo Le pedimos que su niño/niña llene la lista de verificación al comienzo de la temporada, incluso antes de que haya sufrido una conmoción cerebral para que podamos entender si algunos de los síntomas tales como el dolor de cabeza podrían ser parte de su vida cotidiana. Esto es lo que llamamos una "base de referencia" para que sepamos cuáles síntomas son normales y comunes para su niño/niña. Guarde una copia para sus registros, y entregue el original. Si se produce una conmoción cerebral, su niño o niña puede llenar esta lista de verificación de nuevo. Esta Lista de verificación por etapas de síntomas provee una lista de síntomas para comparar conforme avanza el tiempo para asegurarse que su niño o niña se está recuperando de la conmoción cerebral.

¿Qué puede suceder si mi niño/niña sigue jugando con síntomas de conmoción cerebral o vuelve demasiado pronto después de una conmoción cerebral?

Los/las atletas con señales y síntomas de conmoción cerebral deben ser retirados(as) del juego de forma inmediata. NO existe la posibilidad de volver a jugar el mismo día para un(a) joven bajo sospecha de padecer una conmoción cerebral. Los jóvenes atletas pueden tardar más tiempo en recuperarse de una conmoción cerebral y son más propensos a tener graves problemas a largo plazo debido a una conmoción cerebral.

Aunque una escanografía cerebral tradicional (por ejemplo, una imagen de resonancia magnética [MRI o CT]) puede ser "normal", el cerebro aún está lesionado. Estudios realizados en los animales y en los humanos indican que un segundo golpe antes de que el cerebro se haya recuperado puede resultar en daños graves en el cerebro. Si su atleta sufre otra conmoción cerebral antes de estar completamente recuperado(a) de la primera, esto puede resultar en una recuperación prolongada (de semanas a meses) o incluso en una inflamación grave (Síndrome del segundo impacto) con consecuencias devastadoras.

Hay una creciente preocupación por el hecho de que la exposición a impactos en la cabeza y conmociones cerebrales recurrentes pueden contribuir a tener problemas neurológicos a largo plazo. Una de las metas de este programa de conmoción cerebral es evitar que el niño/la niña vuelva demasiado pronto a jugar para que graves daños cerebrales se puedan prevenir.

Las señales observadas por los compañeros de equipo, los padres y los entrenadores son:	
• Parece estar mareado(a) • Parece estar aturdido(a) • Confundido(a) acerca de los juegos • Se olvida de los juegos • No está seguro(a) del juego, la puntuación, ni de quiénes son sus adversarios • Se mueve con torpeza o con dificultad • Responde a las preguntas con lentitud	• Balbucea • Muestra cambios de personalidad o en su forma de actuar • No puede recordar lo ocurrido antes o después de la lesión • Tiene convulsiones o "sufre una crisis" • Cualquier cambio en su conducta o personalidad típica • Se desmaya

Los síntomas pueden incluir uno o más de los siguientes:	
• Dolores de cabeza • "Presión en la cabeza" • Náuseas o vómitos • Dolor en el cuello • Dificultad para pararse o caminar • Visión borrosa, doble o difusa • Sensibilidad a la luz o al ruido • Se siente cansado(a) o hace las cosas más lentamente • Parece aturdido(a) o desorientado(a) • Somnolencia • Cambio de patrones de sueño	• Pérdida de la memoria • "No se siente bien" • Se siente cansado(a) o con poca energía • Está triste • Está nervioso(a) o con los nervios de punta • Se siente irritable • Está más sensible • Confundido(a) • Problemas de concentración o de memoria • Repite la misma pregunta/comentario

¿Qué es Volver a Aprender?

Después de una conmoción cerebral, los estudiantes pueden tener dificultades con la memoria, la concentración y la organización al corto y a largo plazo. Será necesario el descanso mientras se recupera de una lesión (por ejemplo, limitar enviar textos, juegos de vídeo, ver películas de alto volumen, o leer), y quizás tengan que quedarse en casa y no ir a la escuela por unos cuantos días. A su regreso a la escuela, es posible que el horario deba comenzar con unas pocas clases o medio día. Si la recuperación de una conmoción cerebral está llevando más tiempo del esperado, ellos también pueden beneficiarse de un horario de clases reducidas y/o tareas limitadas; una evaluación escolar formal también podría ser necesaria. Su escuela o médico puede ayudar a sugerir y hacer estos cambios. Los estudiantes deben completar las directrices de Volver a Aprender (Return to Learn) y volver exitosamente a la escuela y a las actividades académicas normales a tiempo completo antes de comenzar a participar en Volver a Jugar (Return to Play) (a menos que su médico recomiende otra cosa). Visite la página web de la CIF (cifstate.org) para obtener más información sobre Volver a Aprender (Return to Learn).

¿Cómo se determina Volver a Jugar (Return to Play [RTP])?

Los síntomas de conmoción cerebral deben haber desaparecido por completo antes de **volver a competir**. Una progresión RTP, o Volver a Jugar, es una progresión gradual de aumento del esfuerzo físico, actividades específicas del deporte y, finalmente a las actividades sin restricciones. Si los síntomas ocurren con la actividad, la progresión debe ser detenida. Si no hay síntomas el día siguiente, el ejercicio se puede reiniciar en la etapa anterior.

RTP después de la conmoción cerebral debe ocurrir sólo con autorización médica de un médico capacitado en la evaluación y la gestión de casos de conmoción cerebral, y un plan de progresión por etapas supervisado por un entrenador atlético, coach, u otro administrador escolar identificado. Por favor consulte cifstate.org para un plan gradual de volver a jugar. *[AB 2127, una ley del estado de California con vigencia a partir del 1/1/15, reza que volver a jugar (es decir, a competir plenamente)* ***no debe ocurrir antes de*** *7 días después de que la conmoción cerebral haya sido diagnosticada por un médico.]*

Reflexiones finales para los padres y los tutores:

Es bien sabido que los estudiantes a menudo no hablan acerca de las señales de la conmoción cerebral, la cual es la razón por la que es importante que esta hoja de información sea revisada con ellos. Enséñele a su niño/niña que le diga al personal entrenador si él o ella siente tales síntomas, o si él o ella sospecha que un compañero de equipo ha sufrido una conmoción cerebral. Usted también debe sentirse cómodo hablando con los entrenadores atléticos acerca de las señales y síntomas de la conmoción cerebral que pueda ver en su niño/niña.

Referencias:

- *American Medical Society for Sports Medicine position statement: concussion in sport (2013)*
- *Consensus statement on concussion in sport: the 4th International Conference on Concussion in Sport held in Berlin, October 2016*
- *https://www.cdc.gov/traumaticbraininjury/PediatricmTBIGuideline.html*
- *http://www.cdc.gov/headsup/youthsports/index.html*

Por favor, desprenda, firme y entregue esta hoja al entrenador atlético.

He leído y comprendido este documento, el "Formulario de consentimiento e información para estudiantes y padres", y comprendo la gravedad asociada con las conmociones cerebrales y la necesidad de tratamiento inmediato de dichas lesiones.

Nombre del estudiante:

_____

Firma del estudiante:

_____

Número de identificación del estudiante:

_____

Fecha:_____

Nombre del padre/tutor:

_____

Firma del padre/tutor:

_____

Fecha: _____

----------SOLO para atletas de deportes de contacto----------

Se realizarán evaluaciones de referencia antes del inicio de la temporada deportiva e incluirán pruebas cognitivas y de equilibrio para todos los atletas que participen en deportes de contacto y de alto riesgo.

Base requerida: Fútbol americano, fútbol bandera, voleibol (niñas/niños), porristas, fútbol (niñas/niños), baloncesto (niñas/niños), lucha libre (niñas/niños), sóftbol, béisbol, lanzadores de T&F, saltadores

He completado las evaluaciones de referencia de conmoción cerebral necesarias.

Evaluación de línea base de Sway
Fecha:
Firma del estudiante:
Número de identificación del estudiante:
Entrenador atlético:

Adaptado de la Hoja informativa sobre conmociones cerebrales del CIF
Actualizado 06/2025