

**FORMA CONTUSIÓN
2016-2017 AÑO ESCOLAR**

MONROE DISTRITO ESCOLAR

Como padre y como un atleta que es importante reconocer los signos, síntomas y comportamientos de las conmociones cerebrales. Al firmar esta forma usted está indicando que usted entiende la importancia de reconocer y responder a los signos, síntomas y comportamientos de una lesión de contusión o la cabeza.

Acuerdo de los padres:

Yo _____ he **leído** la conmovión cerebral de Padres y Jefe de Información de Lesiones y **entenderque** loes una conmovión cerebral y cómo puede ser causado. También entiendo las comunes signos, síntomas y comportamientos. Me acuerdo que mi hijo debe ser retirado de la práctica / juego si se sospecha una conmovión cerebral.

Yo entiendo que es mi responsabilidad de buscar tratamiento médico si se sospecha una conmovión cerebral se informó a mí.

Yo entiendo que mi hijo no puede regresar a la práctica / juego hasta proporcionar por escrito la autorización de un proveedor de atención médica apropiada a su / su entrenador.

Entiendo las posibles consecuencias de mi hijo regresar a las prácticas / jugar demasiado pronto.

Padre / tutor

Signature _____ Date _____

Acuerdo atleta:

I _____ han **leído** el atleta conmovión cerebral y traumatismo craneal Información y **entenderque** loes una conmovión cerebral y cómo puede ser causado.

Entiendo la importancia de reportar una sospecha de concusión a mis entrenadores y mis padres / tutores.

Yo entiendo que tengo que ser retirado de la práctica / juego si se sospecha una conmovión cerebral. Entiendo que debo proporcionar por escrito la autorización de un proveedor de atención médica adecuada a mi entrenador antes de volver a la práctica / juego.

_____ Date _____
estudiante deportista Firma

Yo entiendo la posible consecuencia de volver a practicar / jugar demasiado pronto y que mi cerebro necesita tiempo para sanar.

Preguntas e Información de Contacto

Nombre fecha _____

Dirección _____

City _____ Zip _____ County _____

Phone _____ Email _____

Age _____ Escuela _____ School District _____

Marque todas las respuestas que se apliquen
los cuales participo:

<input type="checkbox"/> Fútbol	<input type="checkbox"/> béisbol /	<input type="checkbox"/> Baloncesto	<input type="checkbox"/> Hockey
<input type="checkbox"/> Fútbol	<input type="checkbox"/> Campo de	<input type="checkbox"/> voleibol	<input type="checkbox"/> OLucha
<input type="checkbox"/> Atletismo	<input type="checkbox"/> Cross Country	<input type="checkbox"/> Cheerleading	
<input type="checkbox"/> Tenis	<input type="checkbox"/> Natación		
<input type="checkbox"/> Other	_____		

Nombre de la actual Team _____

1. ¿Ha tenido una conmoción cerebral? _____, En caso afirmativo, ¿cuántos? _____

2. ¿Alguna vez ha experimentado síntomas de conmoción cerebral? _____ ¿Les informa?

Contactos de emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____

Número de teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Número de teléfono: _____

Por favor, complete este formulario y volver a la persona que opera la actividad atlética jóvenes.