

ACUERDO PARA PADRES Y ATLETAS

Como padre y como atleta, es importante reconocer los signos, los síntomas y el comportamiento de las conmociones cerebrales. Al firmar este formulario, declara que comprende la importancia de reconocer los signos, los síntomas y el comportamiento de la conmoción cerebral o de las lesiones en la cabeza y de actuar en consecuencia.

Acuerdo para padres:

Yo, _____ he leído la información sobre la conmoción cerebral y las lesiones en la cabeza para padres y **comprendo** qué es la conmoción cerebral y cuáles pueden ser sus causas. También comprendo los signos, los síntomas y el comportamiento que suele presentar. Acepto que se retire a mi hijo del entrenamiento o el partido en caso de sospecha de conmoción cerebral.

Comprendo que tengo la responsabilidad de buscar atención médica si se me informa acerca de la sospecha de conmoción cerebral.

Comprendo que mi hijo no puede volver a entrenar ni jugar partidos hasta que se entregue una autorización por escrito del proveedor de atención médica correspondiente al entrenador.

Comprendo las posibles consecuencias de que mi hijo vuelva a entrenar o jugar demasiado pronto.

Firma del padre, _____
la madre o el tutor _____ Fecha _____

Acuerdo para atletas:

Yo, _____ he leído la información sobre la conmoción cerebral y las lesiones en la cabeza para atletas y **comprendo** qué es la conmoción cerebral y cuáles pueden ser sus causas.

Comprendo la importancia de informar a mis entrenadores y a mis padres o tutores en caso de sospecha de conmoción cerebral.

Comprendo que me deben retirar del entrenamiento o el partido en caso de sospecha de conmoción cerebral. Comprendo que debo entregar una autorización por escrito del proveedor de atención médica correspondiente al entrenador antes de poder volver a entrenar o jugar partidos.

Comprendo las posibles consecuencias de volver a entrenar o jugar demasiado pronto, ya que el cerebro necesita tiempo para curarse.

Firma del atleta _____ Fecha _____

Preguntas e información de contacto

Nombre _____ Fecha _____

Dirección _____

Ciudad _____ Código postal _____ Condado _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Edad _____ Escuela _____ Distrito escolar _____

Marque todas las opciones que correspondan.

Participo en:

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> fútbol americano | <input type="checkbox"/> béisbol/softball | <input type="checkbox"/> baloncesto | <input type="checkbox"/> hockey |
| <input type="checkbox"/> fútbol | <input type="checkbox"/> golf | <input type="checkbox"/> voleibol | <input type="checkbox"/> lucha libre |
| <input type="checkbox"/> atletismo | <input type="checkbox"/> campo traviesa | <input type="checkbox"/> porrista | <input type="checkbox"/> esquí/snowboard |
| <input type="checkbox"/> gimnasia | <input type="checkbox"/> tenis | <input type="checkbox"/> natación y submarinismo | |
| <input type="checkbox"/> otro _____ | | | |

Nombre del equipo actual _____

1. ¿Alguna vez sufrió una conmoción cerebral? _____ En caso afirmativo, indique la cantidad de veces _____

2. ¿Alguna vez presentó síntomas de conmoción cerebral? _____ ¿Informó al respecto? _____

Contactos en caso de emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____

Número de teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Número de teléfono: _____

Complete este formulario y entrégueselo a la persona que está a cargo de la actividad atlética para jóvenes.