

CONSENTIMIENTO A PARTICIPAR EN ACTIVIDADES ATLÉTICAS Y RECIBIR CUIDADO MÉDICO SI FUERA NECESARIO

(Este Consentimiento debe ser completado por el Estudiante-Alela y sus padres o guardianes.)

Información del Estudiante-Alela

Apellido _____ Nombre _____ SSN _____

Sexo: [] Hombre [] Mujer Grado _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Alergias _____

Medicaciones _____

Seguro Médico _____ Número de la Póliza _____

Número del Grupo _____ Teléfono del Seguro _____

Información del Contacto en Caso de Emergencia

Dirección de Casa _____ Ciudad _____

Código Postal _____

Teléfono de Casa _____ Celular de la Madre o Guardián _____

Celular del Padre o Guardián _____

Nombre de la Madre o Guardián _____ Teléfono del Trabajo _____

Nombre del Padre o Guardián _____ Teléfono del Trabajo _____

Otra Persona para Contactar _____

Número de Teléfono _____ Relación _____

Consentimiento Legal de los Padres o Guardianes

Por la presente doy/damos consentimiento para (nombre del atleta) _____
representar (nombre de Escuela) _____ en el atletismo al darse cuenta de que
dicha actividad implica la posibilidad de lesiones. Yo/nosotros reconocemos que incluso con el mejor entrenamiento, el
equipo más avanzado y la estricta observación de las reglas, aún las lesiones son posibles. ***En raras ocasiones, estas
lesiones son severas y pueden resultar en incapacidad, parálisis, y hasta la muerte. Yo/nosotros también
otorgamos permiso a la escuela y a TSSAA, sus médicos, entrenadores atléticos y/o EMT para brindar ayuda,
tratamiento, atención médica o quirúrgica que se considere razonablemente necesaria para la salud y el
bienestar del estudiante atleta mencionado anteriormente durante o como resultado de la participación en el
atletismo.*** Mediante la ejecución de este consentimiento, el estudiante atleta mencionado anteriormente y su
padre/tutor(es) por la presente dan su consentimiento para la detección, el examen y las pruebas del estudiante atleta
durante el curso del examen previo a la participación por parte de quienes realizan la evaluación. , y a la toma de
información del historial médico y el registro de ese historial y los hallazgos y comentarios relacionados con el estudiante
atleta en los formularios adjuntos al presente por parte de los profesionales que realizan el examen. Como padre o tutor
legal, ***Yo/nosotros seguimos siendo completamente responsables de cualquier responsabilidad legal que pueda
resultar de cualquier acción personal tomada por el estudiante atleta mencionado anteriormente.***

Firma del Alela

Firma del padre/guardián

Fecha

This form should be placed into the athlete's medical file and should **not** be shared with schools or sports organizations. The Medical Eligibility Form is the only form that should be submitted to a school or sports organization.

Disclaimer: Athletes who have a current Preparticipation Physical Evaluation (per state and local guidance) on file should not need to complete another examination.

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION (Interim Guidance)

PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name: _____ Date of birth: _____

PHYSICIAN REMINDERS

- 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, e-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-enhancing 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?
- Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (Q4–Q13 of History Form).

EXAMINATION		
Height: _____	Weight: _____	
BP: _____ / _____ (_____ / _____)	Pulse: _____	Vision: R 20/ _____ L 20/ _____ Corrected: ☐ Y ☐ N
COVID-19 VACCINE		
Previously received COVID-19 vaccine: ☐ Y ☐ N		
Administered COVID-19 vaccine at this visit: ☐ Y ☐ N If yes: ☐ First dose ☐ Second dose		
MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, hyperlaxity, myopia, mitral valve prolapse [MVP], and aortic insufficiency)		
Eyes, ears, nose, and throat - Pupils equal - Hearing		
Lymph nodes		
Heart ^a Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and ± Valsalva maneuver)		
Lungs		
Abdomen		
Skin Herpes simplex virus (HSV), lesions suggestive of methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), or tinea corporis		
Neurological		
MUSCULOSKELETAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Neck		
Back		
Shoulder and arm		
Elbow and forearm		
Wrist, hand, and fingers		
Hip and thigh		
Knee		
Leg and ankle		
Foot and toes		
Functional Double-leg squat test, single-leg squat test, and box drop or step drop test		

^a Consider electrocardiography (ECG), echocardiography, referral to a cardiologist for abnormal cardiac history or examination findings, or a combination of those.

Name of health care professional (print or type): _____ Date: _____

Address: _____ Phone: _____

Signature of health care professional: _____, MD, DO, NP, or PA

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

MEDICAL ELIGIBILITY FORM

Name _____ Date of birth _____

☐ Medically eligible for all sports without restriction

☐ Medically eligible for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment of _____

☐ Medically eligible for certain sports _____

☐ Not medically eligible pending further evaluation

☐ Not medically eligible for any sports

Recommendations: _____

I have examined the student named on this form and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not have apparent clinical contraindications to practice and can participate in the sport(s) as outlined on this form. A copy of the physical examination findings are 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 medical eligibility until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents or guardians).

Name of health care professional (print or type): _____ Date: _____

Address: _____ Phone: _____

Signature of health care professional: _____, MD, DO, NP, or P

SHARED EMERGENCY INFORMATION

Allergies: _____

Medications: _____

Other information: _____

Emergency contacts: _____

Este formulario debe colocarse en el expediente médico del atleta y no debe compartirse con escuelas u organizaciones deportivas. El formulario de elegibilidad médica es el único formulario que debe enviarse a una escuela u organización deportiva.

Aviso legal: Los atletas que tengan una evaluación física de preparticipación vigente en el archivo (según los lineamientos generales estatales y locales) no necesitan completar otro formulario de antecedentes.

EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (orientación provisional)

FORMULARIO DE HISTORIAL CLÍNICO

Nota: Complete y firme este formulario (con la supervisión de sus padres si es menor de 18 años) antes de acudir a su cita.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha del examen médico: _____ Deporte(s): _____

Sexo que se le asignó al nacer (M o F): _____

Mencione los padecimientos médicos pasados y actuales que haya tenido. _____

¿Alguna vez se le practicó una cirugía? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus cirugías previas. _____

Medicamentos y suplementos: Enumere todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y suplementos (herbolarios y nutricionales) que consume. _____

¿Sufre de algún tipo de alergia? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus alergias (por ejemplo, a algún medicamento, al polen, a los alimentos, a las picaduras de insectos). _____

Cuestionario sobre la salud del paciente versión 4 (PHQ-4)

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia experimentó alguno de los siguientes problemas de salud? (Encierre en un círculo la respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se siente nervioso, ansioso o inquieto	0	1	2	3
No es capaz de detener o controlar la preocupación	0	1	2	3
Siente poco interés o satisfacción por hacer cosas	0	1	2	3
Se siente triste, deprimido o desesperado	0	1	2	3

(Una suma ≥ 3 se considera positiva en cualquiera de las subescalas, [preguntas 1 y 2 o preguntas 3 y 4] a fin de obtener un diagnóstico).

PREGUNTAS GENERALES		Sí	No
(Dé una explicación para las preguntas en las que contestó "Sí", en la parte final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas si no sabe la respuesta).			
1. ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría discutir con su proveedor de servicios médicos?			
2. ¿Alguna vez un proveedor de servicios médicos le prohibió o restringió practicar deportes por algún motivo?			
3. ¿Padece algún problema médico o enfermedad reciente?			
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR		Sí	No
4. ¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse mientras hacía, o después de hacer, ejercicio?			

PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR (CONTINUACIÓN)		Sí	No
5. ¿Alguna vez sintió molestias, dolor, compresión o presión en el pecho mientras hacía ejercicio?			
6. ¿Alguna vez sintió que su corazón se aceleraba, palpitaba en su pecho o latía intermitentemente (con latidos irregulares) mientras hacía ejercicio?			
7. ¿Alguna vez un médico le dijo que tiene problemas cardíacos?			
8. ¿Alguna vez un médico le pidió que se hiciera un examen del corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía.			
9. Cuando hace ejercicio, ¿se siente mareado o siente que le falta el aire más que a sus amigos?			
10. ¿Alguna vez tuvo convulsiones?			

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDIOVASCULAR DE SU FAMILIA	No está seguro/a	Sí	No
11. ¿Alguno de los miembros de su familia o pariente murió debido a problemas cardíacos o tuvo una muerte súbita e inesperada o inexplicable antes de los 35 años de edad (incluyendo muerte por ahogamiento o un accidente automovilístico inexplicables)?			
12. ¿Alguno de los miembros de su familia padece un problema cardíaco genético como la miocardiopatía hipertrófica (HCM), el síndrome de Marfan, la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), el síndrome del QT largo (LQTS), el síndrome del QT corto (SQTS), el síndrome de Brugada o la taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?			
13. ¿Alguno de los miembros de su familia utilizó un marcapasos o se le implantó un desfibrilador antes de los 35 años?			
PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES		Sí	No
14. ¿Alguna vez sufrió una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo faltar a una práctica o juego?			
15. ¿Sufre alguna lesión ósea, muscular, de los ligamentos o de las articulaciones que le causa molestia?			
PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS		Sí	No
16. ¿Tose, sibila o experimenta alguna dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?			
17. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (en el caso de los hombres), el bazo o cualquier otro órgano?			
18. ¿Sufre dolor en la ingle o en los testículos, o tiene alguna protuberancia o hernia dolorosa en la zona inguinal?			
19. ¿Padece erupciones cutáneas recurrentes o que aparecen y desaparecen, incluyendo el herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA)?			

PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS (CONTINUACIÓN)	Sí	No
20. ¿Alguna vez sufrió un traumatismo craneoencefálico o una lesión en la cabeza que le causó confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
21. ¿Alguna vez sintió adormecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o piernas, o fue incapaz de mover los brazos o las piernas después de sufrir un golpe o una caída?		
22. ¿Alguna vez se enfermó al realizar ejercicio cuando hacía calor?		
23. ¿Usted o algún miembro de su familia tienen el rasgo o la enfermedad de las células falciformes?	No está seguro/a	
24. ¿Alguna vez tuvo o tiene algún problema con sus ojos o su visión?		
25. ¿Le preocupa su peso?		
26. ¿Está tratando de bajar o subir de peso, o alguien le recomendó que baje o suba de peso?		
27. ¿Sigue alguna dieta especial o evita ciertos tipos o grupos de alimentos?		
28. ¿Alguna vez sufrió un desorden alimenticio?		
PREGUNTAS SOBRE EL PERÍODO MENSTRUAL	N/A	Sí
29. ¿Ha tenido al menos un periodo menstrual?		
30. ¿A los cuántos años tuvo su primer periodo menstrual?		
31. ¿Cuándo fue su periodo menstrual más reciente?		
32. ¿Cuántos periodos menstruales ha tenido en los últimos 12 meses?		

Proporcione una explicación aquí para las preguntas en las que contestó "Sí".

Por la presente declaro que, según mis conocimientos, mis respuestas a las preguntas de este formulario están completas y son correctas.

Firma del atleta: _____

Firma del padre o tutor: _____

Fecha: _____

Paro cardíaco súbito

Síntomas y signos de alerta

¿Qué es un paro cardíaco súbito (PCS)?

Un paro cardíaco súbito es una situación potencialmente mortal que se produce cuando el corazón deja de latir repentina e inesperadamente. Esto hace que la sangre y el oxígeno dejen de fluir al resto del cuerpo. El individuo no tendrá pulso. Puede ocurrir sin previo aviso y puede provocar la muerte en cuestión de minutos si la persona no recibe ayuda inmediata. Sólo **1 de cada 10 personas** sobrevive un PCS. Si se practica la reanimación cardiopulmonar (RCP) y se usa a tiempo un desfibrilador externo automático (DEA), **5 de cada 10** podrían sobrevivir.



Un paro cardíaco súbito NO es lo mismo que un ataque al corazón, que es causado por la reducción o el bloqueo del flujo sanguíneo al corazón. Sin embargo, un ataque al corazón puede aumentar el riesgo de sufrir un PCS.

Esté atento a los signos de alerta

Un paro cardíaco súbito suele ocurrir sin previo aviso. El PCS puede ocurrir en personas jóvenes que no saben que tienen un problema cardíaco, y puede ser el primer signo de dicho problema. Cuando hay signos de alerta, la persona puede sentir:



Si se presenta alguno de estos signos de advertencia, es importante hablar con un proveedor de atención médica. Existen riesgos asociados a seguir practicando o jugando deportes después de experimentar estos síntomas. Cuando el corazón se detiene debido a un PCS, la sangre deja de fluir al cerebro y a otros órganos del cuerpo. La muerte o el daño cerebral permanente pueden ocurrir en pocos minutos.

Pruebas de electrocardiograma (ECG)

Un electrocardiograma es una prueba no invasiva, rápida e indolora que examina la actividad eléctrica del corazón.

Unos pequeños electrodos adheridos a la piel de los brazos, las piernas y el pecho captan los latidos del corazón. Un electrocardiograma puede detectar algunos problemas cardíacos que pueden provocar un mayor riesgo de paro cardíaco súbito. Las organizaciones médicas nacionales, como la Academia Estadounidense de Pediatría y el Colegio Estadounidense de Cardiología, no recomiendan actualmente la realización de ECG rutinarios, a menos que el examen físico previo a la participación en actividades deportivas revele una razón para hacer esta prueba. El estudiante o sus padres pueden solicitar al proveedor de atención médica del estudiante que se realice un electrocardiograma además del examen físico previo a la participación del estudiante, cuyo costo correrá a cargo del estudiante o de sus padres.



Limitaciones de las pruebas de electrocardiograma

- Un electrocardiograma puede ser caro y no puede detectar todas las condiciones que predisponen a un individuo a sufrir un paro cardíaco súbito.
- Los falsos positivos (anormalidades identificadas durante las pruebas de electrocardiograma que resultan no tener importancia médica) pueden conducir a un estrés innecesario, a pruebas adicionales y a una restricción innecesaria de la participación deportiva.
- La interpretación precisa del electrocardiograma requiere una formación adecuada.

He revisado y entiendo los síntomas y signos de alerta de un paro cardíaco súbito.

Firma del estudiante-deportista

Nombre del estudiante-deportista en letra de imprenta

Fecha

Firma del padre/tutor

Nombre del padre/tutor en letra de imprenta

Fecha

CONMOCIÓN CEREBRAL

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y FIRMA PARA ESTUDIANTES-ATLETAS Y PADRES/TUTORES LEGALES (Adaptado de “Atención: conmoción cerebral en el deporte juvenil” [Heads Up Concussion in Youth Sports] del CDC)

La Sección Pública 148, vigente desde el 1 de enero de 2014, requiere que las organizaciones escolares y comunitarias que patrocinan actividades atléticas juveniles establezcan pautas para informar y educar a los entrenadores, atletas juveniles y otros adultos involucrados en deportes juveniles sobre la naturaleza, el riesgo y los síntomas de una conmoción cerebral/lesión en la cabeza.

**Lea y conserve esta página.
Firme y devuelva la página de firmas.**

Una conmoción cerebral es un tipo de lesión cerebral traumática que cambia el funcionamiento normal del cerebro. Es provocada por una protuberancia, un golpe o una sacudida en la cabeza o el cuerpo que hace que la cabeza y el cerebro se muevan rápidamente hacia adelante y hacia atrás. Incluso un golpe aparentemente suave en la cabeza puede ser grave.

¿Sabía que...?

- La mayoría de las conmociones cerebrales ocurren *sin* pérdida de la conciencia.
- Los atletas que, en algún momento de sus vidas, tuvieron una conmoción cerebral tienen un mayor riesgo de sufrir otra conmoción cerebral.
- Los niños pequeños y los adolescentes tienen más probabilidades de sufrir una conmoción cerebral y tardan más en recuperarse que los adultos.

¿CUÁLES SON LAS SEÑALES Y LOS SÍNTOMAS DE LA CONMOCIÓN CEREBRAL?

Las señales y los síntomas de conmoción cerebral pueden aparecer inmediatamente después de la lesión o no aparecer ni notarse hasta días o semanas después de la lesión.

Si un atleta comunica que tiene **uno o más** de los síntomas de conmoción cerebral enumerados a continuación después de un golpe o una sacudida en la cabeza o el cuerpo, no debe jugar el día de la lesión y hasta que un proveedor de asistencia sanitaria* diga que no tiene síntomas y puede volver a jugar.

SEÑALES OBSERVADAS POR EL CUERPO TÉCNICO	SÍNTOMAS COMUNICADOS POR LOS ATLETAS
Parece aturdido o atónito	Dolor de cabeza o “presión” en la cabeza
Está confundido sobre la tarea o la posición	Náuseas o vómitos
Olvida una orden	Problemas de equilibrio o mareos
Se siente inseguro sobre el juego, el resultado o el oponente	Visión doble o borrosa
Se mueve con torpeza	Sensibilidad a la luz
Responde las preguntas lentamente	Sensibilidad al ruido
Pierde el conocimiento, aunque sea brevemente	Se siente aletargado, confundido, aturdido o “grogui”
Muestra cambios de humor, conducta o personalidad	Problemas de concentración o memoria
No puede recordar lo que sucedió <i>antes</i> de golpearse o caerse	Confusión
No puede recordar lo que sucedió <i>después</i> de golpearse o caerse	Simplemente “no se siente bien” o está “desanimado”

**Un proveedor de asistencia sanitaria es un médico con licencia de Tennessee, un osteópata o un neuropsicólogo clínico con entrenamiento en conmoción cerebral*

SEÑALES DE PELIGRO DE CONMOCIÓN CEREBRAL

En casos raros, se puede formar un coágulo sanguíneo peligroso que presiona el cerebro de una persona con una conmoción cerebral contra el cráneo. Un atleta debe recibir atención médica inmediata después de un golpe o una sacudida en la cabeza o el cuerpo si presenta alguna de las siguientes señales de peligro:

- Una pupila más grande que la otra.
- Está somnoliento o no puede despertarse.
- Tiene un dolor de cabeza que no solo no disminuye, sino que empeora.
- Debilidad, entumecimiento o disminución de la coordinación.
- Vómitos o náuseas frecuentes.
- Dificultad al hablar.
- Convulsiones o ataques.
- No puede reconocer personas o lugares.
- Se vuelve cada vez más confuso, inquieto o agitado.
- Tiene un comportamiento inusual.
- Pierde la conciencia (*incluso una breve pérdida de conciencia debe tomarse en serio*).

¿POR QUÉ UN ATLETA DEBE COMUNICAR SUS SÍNTOMAS?

Si un atleta tiene una conmoción cerebral, su cerebro necesita tiempo para recuperarse. Es mucho más probable que el atleta tenga otra conmoción cerebral mientras su cerebro todavía se está recuperando. La repetición de las conmociones cerebrales puede prolongar el tiempo de recuperación. En casos poco frecuentes, las conmociones cerebrales repetidas en atletas jóvenes pueden provocar inflamación o daño permanente del cerebro. *Incluso pueden ser fatales.*

Recuerde:

Las conmociones cerebrales afectan a las personas de manera diferente. Si bien la mayoría de los atletas con una conmoción cerebral se recuperan rápida y completamente, algunos tendrán síntomas que durarán días, o incluso semanas. Una conmoción cerebral más grave puede durar meses o más.

¿QUÉ DEBE HACER SI CREE QUE SU ATLETA TIENE UNA CONMOCIÓN CEREBRAL?

Si sospecha que un atleta tiene una conmoción cerebral, retire al atleta del juego y busque atención médica. No trate de evaluar la gravedad de la lesión usted mismo. No permita que el atleta juegue el día de la lesión y hasta que un proveedor de asistencia sanitaria* diga que no tiene síntomas y que puede volver a jugar.

El descanso es fundamental para ayudar a un atleta a recuperarse de una conmoción cerebral. El ejercicio o las actividades que impliquen mucha concentración, como estudiar, trabajar en la computadora o jugar videojuegos, pueden provocar la reaparición o el empeoramiento de los síntomas de conmoción cerebral. Después de una conmoción cerebral, el regreso a la práctica deportiva y a la escuela es un proceso gradual que se debe manejar cuidadosamente con la supervisión de un profesional de asistencia sanitaria.

* Un proveedor de asistencia sanitaria es un médico con licencia de Tennessee, un osteópata o un neuropsicólogo clínico con entrenamiento en conmoción cerebral.

Declaración de conmoción cerebral para estudiantes-atletas y padres/tutores legales

Se debe **firmar y devolver** a la escuela o actividad atlética para jóvenes de la comunidad antes de la participación en la práctica o el juego.

Nombre del estudiante-atleta: _____

Nombre(s) de los padres/tutores legales: _____

Después de leer la hoja informativa, estoy al tanto de la siguiente información:

Iniciales del estudiante-atleta	Iniciales de los padres/tutores legales
Una conmoción cerebral es una lesión cerebral que debe ser comunicada a mis padres, a mi(s) entrenador(es) o a un profesional médico, si hubiera alguno disponible.	
Una conmoción cerebral no se puede "ver". Algunos síntomas podrían presentarse de inmediato. Otros síntomas pueden aparecer horas o días después de una lesión.	
Les contaré a mis padres, mi entrenador y/o un profesional médico sobre mis lesiones y enfermedades.	N/C
No volveré a jugar en un juego ni a practicar si un golpe en mi cabeza o en mi cuerpo causa síntomas relacionados con una conmoción cerebral.	N/C
Necesitaré o mi hijo/a necesitará la autorización por escrito de un <i>proveedor de asistencia sanitaria</i> * para volver a jugar o practicar después de una conmoción cerebral.	
La mayoría de las conmociones cerebrales tardan días o semanas en mejorar. Una conmoción cerebral más grave puede durar meses o más.	
Después de un golpe o una sacudida en la cabeza o el cuerpo, un atleta debe recibir atención médica inmediata si hay señales de peligro, como pérdida del conocimiento, vómitos frecuentes o un dolor de cabeza que empeora.	
Después de una conmoción cerebral, el cerebro necesita tiempo para recuperarse. Entiendo que es mucho más probable que yo tenga o mi hijo/a tenga otra conmoción cerebral o una lesión cerebral más grave si el regreso al juego o a la práctica ocurre antes de que desaparezcan los síntomas de conmoción cerebral.	
A veces, la repetición de la conmoción cerebral puede causar problemas graves y permanentes, e incluso la muerte.	
He leído cuáles son los síntomas de la conmoción cerebral en la Hoja informativa sobre la conmoción cerebral.	

* *El proveedor de asistencia sanitaria* es un médico con licencia de Tennessee, un osteópata o un neuropsicólogo clínico con entrenamiento en conmoción cerebral.

Firma del estudiante-atleta

Fecha

Firma de los padres/tutores legales

Fecha