

DISTRITO ESCOLAR DE RIVERVIEW

REGRESO A CLASES DESPUES DE UN GOLPE A LA CABEZA (CONMOCION CEREBRAL)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

ESCUELA: _____ GRADO: _____

FECHA DE CONMOCION CEREBRAL: _____

Una conmoción cerebral es una lesión leve al cerebro que cambia temporalmente el funcionamiento normal del cerebro. Generalmente es causada por un golpe brusco o sacudida en la cabeza, aunque los niños a menudo chocan o golpean sus cabezas sin tener una conmoción cerebral. Los signos y síntomas de una conmoción cerebral incluyen mareos, dolor de cabeza, vómitos, confusión, actuar aturdido, olvidar lo que sucedió antes o después de la lesión, y perder la noción. Una persona NO tiene que perder la noción o haber desmayado para haber tenido un conmoción cerebral. Otras palabras o términos de una conmoción cerebral leve incluyen lesión cerebral traumática (LCT leve) y lesión cerrada de cabeza leve.

El estudiante puede regresar a la escuela el día _____

ACTIVIDAD FISICA:

El estudiante esta COMPLETAMENTE limitado y NO puede participar en ninguna actividad

El estudiante esta PARCIALMENTE limitado y puede participar en las siguientes actividades unicamente: _____

Si, El estudiante puede regresar al RECREO y a clase de EDUCACION FISICA (PE)

El estudiante NO tiene limitaciones y puede regresar a participar en todo

ACTIVIDAD ACADEMICA:

El estudiante puede regresar a participar en todo sin limitaciones

Se recomiendan las siguientes adaptaciones cognitivas para el estudiante:

Gradual reintegración a la escuela (por ejemplo, el estudiante regrese medio tiempo antes de reanudar su horario completo)

Al estudiante no se le pedira que haga todo el trabajo perdido

Tiempo de descanso o descansos cuando sea necesario durante el día

Toda la tarea y trabajo en el salon sera reducida

No uso de la computadora u otro equipo de video hasta después del día _____

No tendra exámenes hasta despues del día _____

Otro: _____

El estudiante ha sido aconsejado en como manejar personalmente esta conmocion: () SI () NO

El estudiante puede regresar a participar en todas las actividades despues del día _____

El estudiante tiene que ser re-evaluado el día _____ y NO podra regresar a sus actividades hasta que haya sido dado de alta.

Comentarios del Doctor:

Firma del Doctor

Telefono

Fax

Nombre del Doctor o Sello

Fecha

Mandado: Padre/Enfermera/Consejero/Maestro/PE/Director/Entrenador