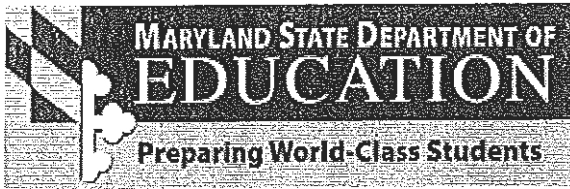


Ilustración 4



For official use only:	
Name of Athlete	_____
Sport/season	_____
Date Received	_____

Declaración de Confirmación del padre/estudiante atleta de Concienciación de Conmoción Cerebral

Yo \_\_\_\_\_, el padre/tutor de \_\_\_\_\_  
 Padre/tutor Nombre del estudiante-atleta

declaro que he recibido la información de todo lo siguiente:

- Definición de conmoción cerebral
- Signos y síntomas de una conmoción cerebral a observar o que haya sido reportado por mi atleta
- Cómo puedo ayudar a mi atleta a prevenir una conmoción cerebral
- Qué hacer si creo que mi atleta tiene una conmoción cerebral, específicamente, para buscar atención médica de inmediato, mantener a mi atleta sin jugar, decirle al entrenador sobre la conmoción cerebral reciente y reportar cualquier conmoción cerebral y/o síntoma a la enfermera escolar.

Padre/tutor \_\_\_\_\_ Padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 NOMBRE EN IMPRENTA FIRMA

Estudiante Atleta \_\_\_\_\_ Estudiante atleta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 NOMBRE EN IMPRENTA FIRMA

*Es mejor perder un solo juego a perder toda la temporada*

Para más información visite: [www.cdc.gov/Concussion](http://www.cdc.gov/Concussion).