



Autorización Médica de Regreso Gradual a la Participación Deportiva Después de una Conmoción Cerebral

Para ser completado por el proveedor de atención médica

El estudiante-atleta antes mencionado sufrió una conmoción cerebral. El propósito de este formulario es proporcionar autorización médica inicial antes de comenzar su Regreso Gradual a la Participación en los Deportes.

Criterios de Autorización Médica para el Regreso Gradual a Jugar (Marque cada uno)

El estudiante-atleta debe cumplir con todos estos criterios para recibir autorización médica

1. No hay síntomas cuando descansa/no usa medicamentos para manejar los síntomas (p.ej. dolores de cabeza)
2. No vuelven los síntomas con las actividades diarias físicas y cognitivas
3. Funciones neuro cognitivas en la base de referencia típica.
4. Equilibrio y coordinación normal
5. No hay otros descubrimientos médicos/preocupaciones neurológicas

Orientación detallada

1. Lista de verificación de síntomas: Ninguno de estos síntomas debe estar presente. La evaluación de síntomas debe ser más amplia que el reporte del atleta solamente. También considerar reportes de observación de padres, maestros, otros.

Físico		Cognitivo	Emocional	Sueño
Dolor de cabeza	Sensibilidad a la luz	Sentirse mentalmente desorientado	Irritabilidad	Somnoliento
Nauseas	Sensibilidad al sonido	Problemas de concentración	Tristeza	Dormir más de lo normal
Fatiga	Entumecimiento/hormigueo	Problemas para recordar	Sentirse más emocional	Dormir menos de lo normal
Problemas de visión	Vomito	Sentirse ralentizado	Nerviosismo	Problemas para dormir
Problemas de equilibrio	Mareos			

2. Evaluación de esfuerzo (Marque): El estudiante-atleta no muestra evidencia del retorno de síntomas con:

- Actividad cognitiva: concentración en tareas escolares, actividades en casa (p.ej. Televisión, computadora, lectura de placer)**
- Actividad física: caminar, subir escaleras, actividades de la vida diaria, resistencia durante el día**

3. Desempeño neuro cognitivo (marque): Se ha determinado que el desempeño cognitivo del estudiante ha regresado a su nivel habitual antes de la lesión, por uno de los siguientes:

- Examinación neuro cognitiva adecuada
- Reportes de desempeño escolar/funcionamiento del hogar adecuado (concentración, memoria, velocidad) en la ausencia de síntomas mencionados anteriormente.

4. Evaluación de equilibrio & coordinación (Marque): El estudiante-atleta puede desempeñar exitosamente:

- Examen Romberg Q SCAT2. (pierna doble, pierna individual, posición en tándem, 20 segundos, no desviaciones de la posición apropiada**
- 5 repeticiones sucesivas de dedo a nariz < 4 segundos**

Certifico que: Soy un proveedor de atención médica con licencia y con capacitación en evaluación y manejo de conmoción cerebral de acuerdo con la evidencia médica actual (2010 Conmoción Cerebral relacionada con deportes en adolescentes y niños, 2008 Consenso del grupo de deportes de Conmoción Cerebral en Zurich). El estudiante-atleta nombrado anteriormente ha cumplido con todos los criterios anteriores para autorización médica de su reciente conmoción cerebral, y a partir de esta fecha está listo

para regresar progresivamente a un programa de participación de deportes (típicamente con una duración máxima de 5 días).

Nombre del proveedor _____

Firma. -----

Fecha: _____

Distribución: Padre AD Salón de salud de la escuela