

Escuela Pública de Chilton
Formulario de Conmociones Cerebrales

El Ley de Conmociones Cerebrales de Wisconsin requiere que todas las organizaciones atléticas del juventud educa a todos los entrenadores, atletas y padres de los riesgos de conmociones cerebrales y heridas cerebrales y prohíbe la participación en una actividad juventud hasta que el atleta y el padre o tutor ha firmado una hoja de acuerdo que evidencia que han checado las materias informativos de los conmociones cerebrales y heridas cerebrales. El ley requiere el destitución de un individuo de una actividad atlético si los síntomas evidencian que es posible tenga un conmoción cerebral. Una persona que ha sido sacado de una actividad atlética a causa de una conmoción cerebral posible o determinada, no pueda participar otra vez hasta que es evaluado por un proveedor de salud y recibe permiso escrito del proveedor de salud para retornar a la actividad.

Para información con respecto a los conmociones cerebrales, por favor visita:

<http://www.wiaawi.org/Health/Concussions.aspx>

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, y certifica que ha leído, comprende, y está de acuerdo para obedecer toda la información que contiene esta hoja. Además, certifica que si no comprende la información contenido en este documento, ha buscado y recibido una explicación de la información antes de firmar esta declaración.

Acuerdo para padres:

Yo, _____ he **leído** y **comprendo** qué es la conmoción cerebral y cuáles puedan 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/tutor _____ Fecha _____

Acuerdo para atletas:

Yo, _____ he **leído** 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 _____