

The Commonwealth of Massachusetts

المكتب التنفيذي للخدمات الصحية والإنسانية

إدارة الصحة العقلية

250 Washington Street, Boston, MA 02108-4619

|  |
| --- |
| **تشارلز دي باكر****حاكم الولاية****كارين أي بوليتو****وكيلة الحاكم****ماريلو سوديرس****السكرتيرة****مونيكا باهريل، طبيبة، حاصلة على ماجستير في الصحة العامةالمفوضة** |

###### *استمارة الإبلاغ عن إصابات الرأس/ الارتجاج قبل المشاركة*

###### *في الأنشطة الإضافية للمنهج الدراسي*

يجب إكمال هذه الاستمارة من قِبل والد(ة) أو ولي(ة) أمر التلميذ(ة) يجب أن تقدم إلى المدير الرياضي، أو المسؤول المعين من قبل المدرسة، *قبل* بداية كل موسم يخطط فيه التلميذ(ة) للمشاركة في نشاط رياضي إضافي للمنهج الدراسي.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  اسم التلميذ(ة) |  الجنس |  تاريخ الميلاد | الصف |
|  المدرسة |  الرياضة (الرياضات) |
|  عنوان المنزل |  الهاتف |

هل تعرض التلميذ(ة) لإصابة رضية في الرأس (ضربة في الرأس)؟ نعم\_\_\_\_\_\_\_\_ لا\_\_\_\_\_\_\_

إذا أجبت بـ "نعم"، متى؟ التاريخ (الشهر/ السنة): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

هل تلقى التلميذ رعاية طبية بسبب إصابة في الرأس؟ نعم\_\_\_\_\_\_\_ لا\_\_\_\_\_\_\_\_

إذا أجبت بـ "نعم"، متى؟ التاريخ (الشهر/ السنة): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

إذا كان الجواب بنعم، المرجو وصف الظروف أدناه.

هل تم تشخيص إصابة التلميذ(ة) بالارتجاج؟ نعم\_\_\_\_\_\_\_\_ لا\_\_\_\_\_\_\_

إذا أجبت بـ "نعم"، متى؟ التاريخ (الشهر/ السنة): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

مدة الأعراض (*مثل الصداع وصعوبة التركيز والإرهاق*) لأحدث إصابة بالارتجاج: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

الوالد(ة)/ولي(ة) أمر:

‏‏‏الاسم: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_التوقيع/ التاريخ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(نرجو الكتابة بخط واضح)

التلميذ(ة) الرياضي(ة):

التوقيع/ التاريخ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

The Commonwealth of Massachusetts

Executive Office of Health and Human Services

Department of Public Health

250 Washington Street, Boston, MA 02108-4619

|  |
| --- |
| CHARLES D. BAKERGovernorKARYN E. POLITOLieutenant GovernorMARYLOU SUDDERSSecretaryMONICA BHAREL, MD, MPH Commissioner |

###### Pre-Participation Head

###### Injury/Concussion Reporting Form

###### for Extracurricular Activities

This form should be completed by the student’s parent(s) or legal guardian(s). It must be submitted to the Athletic Director, or official designated by the school, *prior* to the start of each season a student plans to participate in an extracurricular athletic activity.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Student’s Name  | Sex  | Date of Birth | Grade  |
| School  | Sport(s)  |
| Home Address  | Telephone |

**Has student ever experienced a traumatic head injury (a blow to the head)? Yes\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

If yes, when? Dates (month/year): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Has student ever received medical attention for a head injury? Yes\_\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_\_\_**

If yes, when? Dates (month/year): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

If yes, please describe the circumstances:

**Was student diagnosed with a concussion? Yes\_\_\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_\_**

If yes, when? Dates (month/year): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Duration of Symptoms (such as *headache, difficulty concentrating, fatigue*) for most recent concussion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Parent/Guardian:

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Signature/Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Please print)

Student Athlete:

Signature/Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_