

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 العامة المفوضة** |

###### *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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

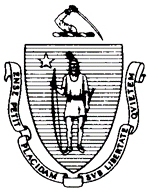
الوالد(ة)/ولي(ة) أمر:

‏‏‏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. BAKER  Governor  KARYN E. POLITO  Lieutenant Governor  MARYLOU SUDDERS  Secretary  MONICA 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_