



# The Commonwealth of Massachusetts

المكتب التنفيذي للخدمات الصحية والإنسانية  
إدارة الصحة العقلية

250 Washington Street, Boston, MA 02108-4619

## استمارة الإبلاغ عن إصابات الرأس / الارتجاج قبل المشاركة في الأنشطة الإضافية للمنهج الدراسي

تشارلز دي باكر  
حاكم الولاية

كارين أي بوليتو  
وكيلة الحاكم

ماريلو سوديرس  
السكرتيرة

مونیکا باهريل، طبيبة، حاصلة على  
ماجستير في الصحة العامة  
المفوضة

يجب إكمال هذه الاستمارة من قبل 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:

(نرجو الكتابة بخط واضح)

التوقيع / التاريخ

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: \_\_\_\_\_