



The Commonwealth of Massachusetts  
 Secretaria Executiva de Saúde e Serviços Sociais  
 Departamento de Saúde Pública  
 250 Washington Street, Boston, MA 02108-4619

CHARLES D. BAKER  
 Governador

KARYN E. POLITO  
 Vice-Governadora

MARYLOU SUDDERS  
 Secretária

MONICA BHAREL, MD, Membro  
 do Conselho do MDPH)

**FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO  
 PRÉ-PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES  
 EXTRACURRICULARES PARA RELATÓRIO DE  
 CONCUSSÃO/LESÃO NA CABEÇA**

Este formulário deve ser preenchido pelo(a)s pai/mãe/pais ou representante(s) legal(is) do aluno. Deve ser enviado ao Diretor Esportivo ou ao funcionário designado pela escola, antes do início de cada temporada em que um aluno deseje participar de uma atividade esportiva extracurricular.

Nome do Aluno:	Sexo	Data de Nascimento	Série
Escola		Esporte(s)	
Endereço Residencial			Telefone

**O aluno alguma vez apresentou uma lesão traumática na cabeça (uma pancada na cabeça)?**

Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Se sim, quando? Datas (mês/ano): \_\_\_\_\_

**O aluno alguma vez recebeu cuidados médicos para uma lesão na cabeça? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_**

Se sim, quando? Datas (mês/ano): \_\_\_\_\_

Se sim, descreva as circunstâncias:

**O aluno foi diagnosticado com concussão/traumatismo? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_**

Se sim, quando? Datas (mês/ano): \_\_\_\_\_

Duração dos Sintomas (tais como *dor de cabeça, dificuldade de concentração, fadiga*) para a concussão mais recente:

\_\_\_\_\_

Pai/Mãe/Representante Legal:

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura/Data \_\_\_\_\_

(Em letra de fôrma)

Aluno-A atleta:

Assinatura/Data \_\_\_\_\_