



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

**RELATÓRIO DE LESÕES NA CABEÇA  
DURANTE TEMPORADA DE  
ESPORTES**

Este formulário tem por objetivo reportar lesões na cabeça (e não pequenos cortes ou machucados) que ocorram durante uma temporada de esportes. Deve ser devolvido ao diretor esportivo ou membro da equipe designado pela escola e analisado pela enfermeira da escola.

**Para Treinadores:** Preencha este formulário imediatamente após o jogo ou a prática esportiva para reportar lesões na cabeça que resultem na retirada do aluno do jogo devido a uma *possível* concussão (traumatismo).

**Para Pais/Responsáveis Legais:** Preencha este formulário se seu filho tiver uma lesão na cabeça fora das atividades esportivas extracurriculares relacionadas com a escola.

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

Data da lesão: \_\_\_\_\_

O incidente ocorreu durante uma atividade extracurricular? \_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não

Se sim, onde o incidente ocorreu? \_\_\_\_\_

Descreva a natureza e a extensão das lesões no aluno:

**Para Pais/Responsáveis Legais:**

O aluno recebeu cuidados médicos? sim \_\_\_\_ não \_\_\_\_

Se sim, foi diagnosticada uma concussão (um traumatismo)? sim \_\_\_\_ não \_\_\_\_

**PELO PRESENTE DECLARO DE PLENO CONHECIMENTO QUE AS MINHAS RESPOSTAS ÀS PERGUNTAS  
ACIMA ESTÃO COMPLETAS E CORRETAS.**

Circule uma das opções: Treinador ou Diretor da Banda

Pai/Mãe/Responsável Legal

Nome da Pessoa que Está Preenchendo o Formulário (em letra de fôrma):

\_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_