



The Commonwealth of Massachusetts
 Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos
 Departamento de Salud Pública

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN Y
 APROBACIÓN MÉDICA DESPUÉS DE UNA
 LESIÓN EN LA CABEZA RELACIONADA
 CON EL DEPORTE**

El alumno no debe tener ningún tipo de síntoma ni durante el reposo ni durante el ejercicio, y además presentar una óptima actividad cognitiva, antes de volver a participar por completo en actividades deportivas extracurriculares. No complete este formulario hasta que se haya llevado a cabo un plan para volver al juego y hasta que el alumno no presente síntomas ni durante el reposo ni durante el ejercicio, además presentar una óptima actividad cognitiva.

Nombre del alumno	Sexo	Fecha de nacimiento	Grado
-------------------	------	---------------------	-------

Fecha de la lesión: _____ Naturaleza y grado de la lesión: _____

Síntomas posteriores a la lesión (marque todos los que correspondan):

- Náuseas o vómitos
- Dolores de cabeza
- Sensibilidad a la luz/el ruido
- Mareos/problemas de equilibrio
- Visión doble/borrosa
- Fatiga
- Sensación de pereza/aturdimiento
- Cambio en los patrones de sueño
- Problemas de memoria
- Dificultad para concentrarse
- Irritabilidad/altibajos emocionales
- Tristeza o retraimiento
- Otro

Duración de los síntomas: _____ Diagnóstico: Traumatismo Otro: _____

Si se diagnostica traumatismo, indique la fecha en que el alumno completó el plan graduado para volver al juego sin síntomas recurrentes: _____

Traumatismos anteriores (cantidad, fechas aproximadas): _____

POR EL PRESENTE, AUTORIZO AL ALUMNO MENCIONADO ARRIBA PARA QUE VUELVA A LA ACTIVIDAD DEPORTIVA EXTRACURRICULAR

Firma del profesional: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

- Médico Entrenador deportivo con licencia Profesional de enfermería Neuropsicólogo
- Asociado médico

Número de licencia: _____

Dirección: _____ Número telefónico: _____

Nombre del médico a cargo de la consulta/coordinación/supervisión (si no es la persona que completa este formulario; escríbalo en letra de imprenta): _____

DOY FE DE QUE RECIBÍ CAPACITACIÓN CLÍNICA EN EVALUACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POSTRAUMÁTICAS DE CABEZA, APROBADA POR EL DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA*; O QUE RECIBÍ UNA CAPACITACIÓN EQUIVALENTE COMO PARTE DE MI ACREDITACIÓN O DE MI FORMACIÓN CONTINUA.

Iniciales del profesional: _____

Tipo de capacitación: Capacitación clínica en línea del CDC Otra capacitación clínica aprobada por el MDPH

Otra (Describe) _____

Las opciones de capacitación clínica aprobadas por el MDPH se pueden encontrar en: www.mass.gov/dph/sportsconcussion
Este formulario no está completo si el profesional no verifica que recibió dicha capacitación.