



The Commonwealth of Massachusetts  
 Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos  
 Departamento de Salud Pública  
 250 Washington Street, Boston, MA 02108-4619

**FORMULARIO DE INFORME DE LESIÓN/TRAUMATISMO EN  
 LA CABEZA ANTES DE PARTICIPAR EN  
 ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES**

CHARLES D. BAKER  
 Gobernador

KARYEN E. POLITO  
 Vicegobernadora

MARYLOU SUDDERS  
 Secretaria

MONICA BHAREL, MD, Inspectora  
 de MPH

Este formulario debe ser completado por el padre, la madre o el tutor legal del alumno. Debe entregarse al Director de Deportes o al funcionario designado por la escuela, *antes* del inicio de cada temporada en que un alumno planea participar en una actividad deportiva extracurricular.

Nombre del alumno	Sexo	Fecha de nacimiento	Grado
Escuela		Deporte(s)	
Dirección residencial			Teléfono

¿El alumno alguna vez sufrió una lesión traumática en la cabeza (un golpe en la cabeza)?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿cuándo? Fechas (mes/año): \_\_\_\_\_

¿El alumno alguna vez ha recibido atención médica por una lesión en la cabeza? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿cuándo? Fechas (mes/año): \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, describa las circunstancias:

¿Al alumno se le diagnosticó un traumatismo? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿cuándo? Fechas (mes/año): \_\_\_\_\_

Duración de los síntomas (como *dolor de cabeza, dificultad para concentrarse, fatiga*) del traumatismo más reciente:

\_\_\_\_\_

Padre/Madre/Tutor

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma/Fecha \_\_\_\_\_

(en letra de imprenta)

Alumno deportista:

Firma/Fecha \_\_\_\_\_