



The Commonwealth of Massachusetts
Văn Phòng Điều Hành Dịch Vụ Y Tế và Nhân Sinh
Sở Y Tế Công Cộng
250 Washington Street, Boston, MA 02108-4619

CHARLES D. BAKER
Thống Đốc

KARYN E. POLITO
Phó Thống Đốc

MARYLOU SUDDERS
Thư Ký

MONICA BHAREL, MD, MPH
Ủy Viên

**MẪU BÁO CÁO VỀ CHẤN THƯƠNG/CHẤN
ĐỘNG ĐẦU TRƯỚC KHI THAM GIA CÁC HOẠT
ĐỘNG NGOÀI GIỜ**

Mẫu này phải được hoàn thành bởi (các) phụ huynh hoặc người giám hộ của học sinh. Mẫu phải được nộp cho Giám Đốc Bộ Phận Thể Thao, hoặc viên chức do nhà trường chỉ định, *trước khi* bắt đầu mỗi mùa kế hoạch tham gia một hoạt động thể thao ngoài giờ của học sinh.

Tên Học Sinh	Giới Tính	Ngày Sinh	Lớp
Trường		(Các) Môn Thể Thao	
Địa Chỉ Nhà			Điện Thoại

Học sinh đã bao giờ từng bị chấn thương sọ não (một cú va đập vào đầu) chưa? Rồi___ Chưa___

Nếu có, khi nào? Ngày (tháng/năm): _____

Học sinh đã bao giờ nhận chăm sóc y tế cho một chấn thương ở đầu chưa? Rồi___ Chưa___

Nếu có, khi nào? Ngày (tháng/năm): _____

Nếu có, vui lòng mô tả hoàn cảnh:

Học sinh có được chẩn đoán bị chấn động không? Có_____ Không_____

Nếu có, khi nào? Ngày (tháng/năm): _____

Thời Gian Triệu Chứng (ví dụ như *đau đầu, khó tập trung, mệt mỏi*) của lần chấn động gần đây nhất:

Phụ Huynh/Người Giám Hộ:

Tên: _____ Chữ Ký/Ngày _____

(Vui lòng viết in hoa)

Học Sinh Chơi Thể Thao:

Chữ Ký/Ngày _____



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 _____