

## Estudiante Atleta, Padre de familia y Encargado Legal

### Estado de lesión Cerebral

Devolver esta hoja firmada a la persona encargada de las actividades atleticas de la escuela antes de la practica o el partido

Nombre del estudiante : \_\_\_\_\_

Firma del Padre de familia o encargado \_\_\_\_\_

Después de leer la información de esta hoja, Yo tengo entendido de seguir todos los detalles de esta.

Iniciales del estudiante		Iniciales del Padre de familia o Encargado
	Una lesión cerebral tiene que ser reportada a los padres de familia, encargado, al entrenador, o a persona encargada de la salud, si hay	
	Una lesion cerebral <b>no se puede ver</b> . Algunos de los sintomas no se detectan inmediatamente. Otros sintomas se detectan después de una horas de la lesion.	
	Yo les dejaré saber a mis padres, entrenador o a la persona encargada De la salud.	N/A
	Yo no regresaré a la cancha para los juegos o practicas debido a las lesiones causadas por el golpe en la cabeza o cualquier sintoma relacionda a la lesion.	N/A
	Para el retorno del jugador tiene que traer el permiso del medico del estudiante, donde diga que puede regresar a jugar.	
	Mucha de la lesiones cerebrales toma tiempo para la recuperación del deportista. Entre más sería sea la lesion, su recopiración es más lenta.	
	Después de una lesion cerebral, una fuerte sacudida, o una inchazó de la cabeza, el atleta deberá recibir atención medica de inmediato. También, si el atleta pierde sentido, tiene vómito o tiene dolor de cabeza continuo.	
	Después de la lesión cerebrar se necesita una recuperación. Yo entiendo que si mi hijo/a regresa al campo, tendrá una recaida peor. El jugador deberá de reposar hasta que los sintomas desaparescan.	
	A veces cuando se repite la lesion causará serios y largos problemas, inclusive nuerte.	
	Yo leí los sintomas de las lesiones cerebrales que en esta hoja.	

“HEALTH CARE PROVIDER” SIGNIFICA EN TENNESSEE MEDICO LICENCIADO, MEDICO OSTEOPATICO O UN MEDICO NEUROLOGO ESPECIALIZADO EN LESIONES CEREBRALES.

FIRMA DE ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

FIRMA DE LOS PADRES DE FAMILIA O ENCARGADO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_