



FORMA MÉDICA PARA DAR DE ALTA AL ESTUDIANTE CONCUSIÓN Y LESIÓN A LA CABEZA

PARTE 1 (PARA SER LLENADA POR EL PADRE O GUARDIÁN LEGAL)

APELLIDO	PRIMER NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE

1. Fecha del último examen físico: _____ Desarrollado por Doctor/Doctor Regular _____
2. ¿Ha sido el estudiante evaluado por algún proveedor médico de emergencia o de urgencia en los últimos 12 meses? ___No___ Sí
3. ¿Ha sufrido el estudiantes de dolores o presión en la cabeza, dolor del cuello, náusea-vomito, mareos, visión borrosa, problemas con el balance, sensibilidad a la luz o al ruido, sintiéndose lento, dificultad de concentración o memoria, confusión, somnolencia, irritabilidad emocional, ansiedad, nerviosismo, dificultad para dormirse? _____No___ Sí
4. ¿Ha sufrido el estudiante de cualquier otro síntoma, condición, o lesión que le haya o que pueda impactar su habilidad de participar plenamente con seguridad en los deportes _____No___ Sí
5. ¿Está usted enterado de alguna razón por la cual el estudiante no puede participar con seguridad actualmente en el entrenamiento o la actividad y/o no debería regresar al doctor para obtener una forma para ser dado de alta y regresar a la actividad atlética? ___No___ Sí

Explique todas las respuestas que marcó "SÍ" y describa cualquier otro hecho que deba ser compartido antes de la examinación:

AUTORIZACIÓN PADRE/GUARDIÁN: yo autorizo al proveedor de cuidados médicos en desarrollar una Evaluación Concusión y Lesión a la Cabeza [y Daño Serio] para dar de alta al estudiante. Yo debo proporcionar una forma del médico para dar de alta al estudiante y someterla al Distrito antes de que el estudiante pueda potencialmente regresar a la práctica o participación atlética. La información arriba es verdadera y correcta en mi conocimiento.

NOMBRE DEL PADRE/GUARDIAN	FIRMA DEL PADRE O GUARDIAN	
DOMICILIO	TELÉFONO DEL EMPLEO	TELÉFONO DEL HOGAR

PART 2 – MEDICAL EVALUATION (COMPLETED BY THE EXAMINING HEALTH CARE PROVIDER)

By law, post-concussion/head injury releases must be conducted by a MD/DO, who must represent on the release that they (1) have completed the required concussion training and (2) regularly practice in this medical specialty. Ed. Code Section 49475. By signing this Form, the MD/DO represents that they comply with this law.

	Normal	Abnormal (Describe)	Release Determination <input type="checkbox"/> Unlimited participation <input type="checkbox"/> Limited participation/specific sports, events or activities (Describe in Comments Section) <input type="checkbox"/> Clearance withheld pending further testing/evaluation <input type="checkbox"/> No athletic participation One of the above MUST be checked.
General Evaluation: Eyes/Ears/Nose/Throat/Skin/ Heart, Lungs, Pulmonary Function/ Abdomen/ Musculoskeletal			
Neurologic Screening Exam (NSE)			
Concussion/Head Injury Evaluation			

Comments:	PHYSICIAN STAMP
------------------	-----------------

PRINT NAME OF PHYSICIAN	PHYSICIAN SIGNATURE	DATE
-------------------------	---------------------	------

CONCUSSION AND HEAD INJURY [AND SERIOUS INJURY] MEDICAL CLEARANCE [(Ed. 12/1/11) Rev:12/08/11; 1/11/12]

Original signed medical clearance to be given to the school Athletic Director or Principal, with receipted copies provided to the supervising coach, parents, and the Risk Management Department. Clearances are to be retained for a period of one (1) year after the end of the Academic Year.