

REGRESO A LA ESCUELA DESPUES DE UNA CONMOCIÓN CEREBRAL

Este formulario debe ser completado cuando un estudiante es diagnosticado con una conmoción cerebral y está listo para regresar a la escuela. Las secciones 1 y 2 deben ser completadas por TODOS los estudiantes. La sección 3 tiene que ser completada por estudiantes que son deportistas listos para un regreso gradual a jugar.

Nombre del estudiante: _____

Escuela: _____ Fecha de la lesión: _____

Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

El estudiante puede regresar a la escuela el (fecha) _____

SECCIÓN 1: ACTIVIDAD ACADÉMICA: Favor de marcar todas las que apliquen.

_____ El estudiante puede regresar a participar completamente en actividades académicas sin limitaciones.

_____ El estudiante tiene una limitación sustancial en una o más actividades importantes de la vida como consecuencia de la conmoción cerebral y requiere adaptaciones para poder acceder a sus estudios. (Se pueden proporcionar acomodaciones académicas de forma temporal sin un Plan 504 oficial. Las acomodaciones que duren más de 3 semanas, darán lugar a un Plan 504 oficial).

Se recomiendan las siguientes acomodaciones cognitivas para este estudiante:

_____ Reintegración gradual a la escuela (por ejemplo, el estudiante regresa a tiempo parcial antes de reanudar el día completo de clases)

_____ Horario recomendado para el estudiante al regresar el día completo a la escuela:

_____ No se le puede pedir al estudiante que haga todo el trabajo perdido hasta después del (fecha) _____

_____ Momentos de relajación o de descanso cuando sea necesario durante el día hasta después del (fecha) _____

_____ Reducción en tareas en general y en la carga de trabajo de la clase hasta después de (fecha) _____

_____ Ningún uso de computadora o equipo de video hasta después del (fecha) _____

_____ No pruebas, exámenes o evaluaciones hasta después del (fecha) _____

_____ Otras: _____

_____ El estudiante debe ser reevaluado el (fecha) _____ y NO puede reanudar su participación académica de día completo hasta que sea dado de alta.

SECCIÓN 2: ACTIVIDAD FÍSICA: Deportes y recreo: Favor de marcar todas las que apliquen. Para deportes intramuros complete la siguiente sección de Participación Atlética:

_____ Sí, el estudiante puede regresar sin restricciones a:

_____ RECREO

_____ Actividades de Educación Física

_____ El estudiante está PARCIALMENTE limitado y no puede participar en las siguientes actividades:

_____ Actividades de movimientos fuertes repentinos hasta después del (fecha) _____

_____ Contacto físico hasta después del (fecha) _____

_____ Utilizar el equipo de recreo hasta después del (fecha) _____

Enumere el equipo del patio de recreo específico que no puede usar:

_____ Otras:

_____ El estudiante está TOTALMENTE limitado y NO puede participar en ninguna actividad.

_____ El estudiante debe ser reevaluado el (fecha) _____ y NO puede reanudar su participación en Educación Física y actividades de recreo completamente hasta que sea dado de alta.

_____ El estudiante y los padres han recibido asesoramiento sobre cómo atender a esta conmoción cerebral.

Firma del médico _____ Fecha _____

Nombre del médico (en letra de molde) _____

Teléfono _____

Sello de la oficina:

Firma del padre: _____ Fecha _____

Nombre del padre (en letra de molde) _____

**SECCIÓN 3: PARTICIPACIÓN EN DEPORTES: Atención a una lesión de conmoción cerebral:
Comienzo gradual de regreso a jugar**

Nombre del estudiante: _____ **Deporte:** _____ **Fecha de la lesión** _____

- Esta parte es para ser utilizada después de que se retira a un estudiante deportista de la práctica o de la competencia debido a síntomas de conmoción cerebral y de no esclarecer una evaluación posterior.
- Antes de que un estudiante deportista pueda comenzar gradualmente a regresar a jugar después de exhibir síntomas de conmoción cerebral que causaron que el deportista fuera removido de una práctica deportiva o de una competencia, BVSD requiere la autorización por escrito de un médico y del padre/tutor por medio de su firma abajo.
- BVSD sigue las recomendaciones de 2008 del consenso Zúrich de Regreso Gradual a Jugar (RTP, siglas en inglés), que incluye 6 pasos y requiere un mínimo de cinco días antes de regresar al juego normal. Vea el documento REAP para una rápida referencia.

MOTIVO(S) PARA REMOVER AL ESTUDIANTE DE UN JUEGO/COMPETENCIA (Llenado por el entrenador de deportes describiendo los síntomas observados)

Á
Á
Á
Nombre en letra de imprenta del entrenador _____
Fecha _____ Teléfono _____

Respuesta del médico

He examinado al estudiante atleta nombrado arriba después de su lesión y he determinado lo siguiente:

_____ **NO SE LE CONCEDE PERMISO** **Fecha:** _____
Se recomienda una siguiente evaluación para el **Fecha:** _____

_____ **SE CONCEDE PERMISO** para que el estudiante deportista comience su retorno gradual a jugar.
Fecha: _____
(Nota: Un estudiante deportista no podrá regresar a la práctica o competencia el mismo día de la lesión).

Comentarios del médico:

Á
Á
Á
Firma del médico _____ &@e _____

Á Nombre (en letra de molde) o sello del médico: _____
_____ Teléfono _____

_____ Hemos revisado el Documento de Atención/Manejo de una Conmoción Cerebral del proyecto REAP y otorgo mi permiso para que el estudiante deportista comience su retorno gradual a jugar. Una publicación completa se encuentra disponible en inglés en línea en <http://www.bvsd.org/employees/Athleticsactivities/Concussion%20Information/REAP%20Concussion%20Management%20Information.pdf>. Consulte la página 12.

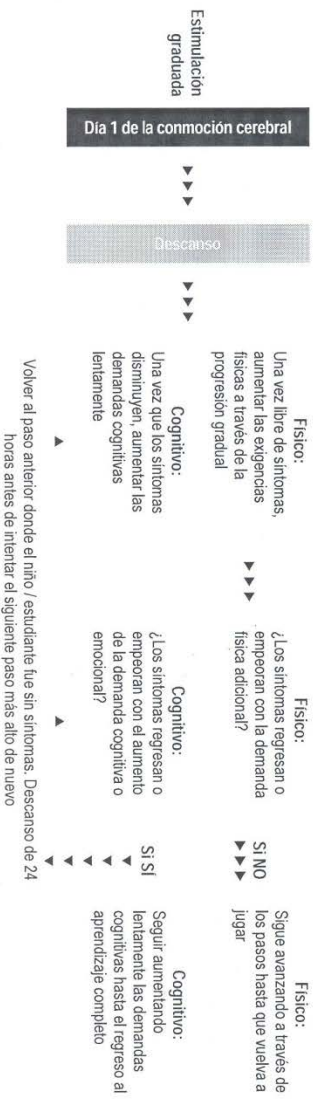
Firma del padre: _____ Fecha _____

Nombre del padre (en letra de molde) _____

La declaración de consenso de Zúrich 2008 sobre la Comoción Cerebral en Deportes recomienda

Un retorno gradual a jugar (RTP, siglas en inglés)

ETAPA	ACTIVIDAD	EJERCICIO FUNCIONAL	EQUIVALENTE DE NIÑO / ESTUDIANTE	OBJETIVO EN LA ETAPA
1	No debe haber actividad física, siempre y cuando haya síntomas. (Este paso puede tardar días o incluso semanas)	Examen físico completo	Tiempo de silencio con el máximo descanso	Recuperación
2	Actividad aeróbica ligera	Gaminar, nadar, andar en bicicleta estacionaria. 10-15 minutos de ejercicio, hay resistencia.	Jugar a solas o jugar solo en silencio o con los padres	Aumentar el ritmo cardíaco (entrenamiento de ligero a moderado que no requiera atención cognitiva o alto grado de coordinación)
3	Ejercicios específicos del deporte	Entrenamientos de patinaje / carreras, 20 a 30 minutos – sin levantamiento de pesas, sin contacto con la cabeza	Juegos supervisados, actividades de bajo riesgo	Añadir movimiento (se requiere mayor atención y coordinación)
4	Ejercicios de entrenamiento sin contacto	Progresión a ejercicios de entrenamiento más complejos, puede empezar entrenamiento de resistencia progresiva	Puede correr / saltar como lo pueda tolerar	Ejercicio, coordinación (límite el deporte de atleta sin riesgo de lesión en la cabeza)
5	Práctica de contacto completo	Después de ser dado de alta por el médico, puede participar en actividades normales de entrenamiento, esfuerzo total	Participación normal con supervisión de los padres / adultos	Con los entrenadores (o familiar), restaurar la confianza y evaluar las capacidades funcionales
6	Volver a jugar	Juego normal	Recreo normal	No hay restricciones



Regreso gradual al aprendizaje / rendimiento cognitivo
 La reanudación de la actividad cognitiva normal sigue el mismo principio que la reanudación de la actividad física gradual con el reposo mental hasta que este libre de síntomas y luego aumenta gradualmente las demandas cognitivas. A menos que un niño / estudiante esté gravemente enfermo debido a la conmoción cerebral, él / ella puede regresar a la escuela sin demora significativa, siempre y cuando se haya hecho acomodaciones académicas. La actividad cognitiva se aumenta gradualmente siempre y cuando el estudiante permanezca libre de síntomas. Si los síntomas aparecen con el esfuerzo mental, entonces la actividad cognitiva se reduce nuevamente hasta que el estudiante sea capaz de completar ese nivel de carga cognitiva sin síntomas.