



Manual de normas y procedimientos para las conmociones cerebrales

Equipo de supervisión de conmociones cerebrales

Asesor médico

Dr. Amit Parikh, DO

Centro de cuidados primarios de medicina deportiva de Houston

14315 Cypress Rosehill Rd Ste 180
Cypress, TX 77429
281-373-9400

Heather Smith, MS, LAT, ATC

Jefe de preparador físico

Escuela Secundaria Cypress Lakes
5750 Greenhouse Rd
Katy, TX 77449
281-856-1273

Heather.Smith@cfisd.net

Anthony Pineda, MS, LAT, CPO

Coordinador de seguridad

Oficina de Deportes en el Berry Center
8877 Barker Cypress Road
Cypress, TX 77433
832-973-8005

Anthony.Pineda@cfisd.net

Louie Villarreal, MS, LAT, ATC, CES

Jefe de preparador físico

Escuela Secundaria Cypress Woods
13550 Woods-Spillane Blvd
Cypress, TX 77429
281-213-1881

Luis.villarreal@cfisd.net

Representante de Servicios de Salud

Bevin Gordon RN, MSN

Directora de Servicios de la Salud

Instructional Support Center
10494 Jones Rd
Houston, TX 77065 Ste 34
281-897-4015

Bevin.gordon@cfisd.net

Distrito Escolar Independiente Cypress-Fairbanks

Pautas para la evaluación, prevención y manejo de las lesiones en la cabeza y el regreso a los deportes

Las siguientes normas, procedimientos y pautas sobre la evaluación, prevención y manejo de lesiones en la cabeza, así como las pautas para el regreso a los deportes fueron establecidos de acuerdo con el Código de Educación de Texas, Sec. 38. 151-160 y las metas de los departamentos de Deportes y de Servicios de la Salud del CFISD para garantizar el bienestar de todos los estudiantes deportistas. El riesgo de repetidas conmociones cerebrales y del síndrome de segundo impacto es también otro factor de preocupación. Estos dos problemas pueden tener efectos duraderos y hasta terminales en los deportistas.

Continuar jugando a pesar de exhibir señales y síntomas de una conmoción cerebral, deja a los deportistas especialmente vulnerables a lesiones mayores. Se corre un mayor riesgo de daños más graves de una segunda conmoción cerebral antes de haberse recuperado completamente de la primera. Esto podría conducir a un período de recuperación más prolongado o hasta a la inflamación del cerebro (síndrome del segundo impacto) con consecuencias devastadoras y hasta mortales. Es bien conocido que a menudo los deportistas adolescentes no reportan completamente los síntomas de sus lesiones (incluso las conmociones cerebrales). Como resultado, la educación del personal administrativo, los entrenadores, los padres de familia y los estudiantes son la clave para la seguridad del estudiante deportista.

Propósito

El Departamento de Deportes del CFISD reconoce que las conmociones cerebrales presentan un riesgo significativo para la salud de los estudiantes deportistas. Por lo tanto, ha implementado normas y procedimientos para tratar con las pautas para la evaluación, la prevención, el manejo y el regreso a los deportes para los estudiantes deportistas que hayan sufrido alguna lesión en la cabeza. El examen físico, el escalado de síntomas, la evaluación de seguimiento y un protocolo de regreso gradual a los deportes se usarán en conjunción con criterios clínicos bien fundados y de forma individual para determinar cuándo puede regresar el deportista a los deportes en condiciones seguras.

Prevención

Para reducir el número de lesiones en la cabeza en CFISD, el distrito insiste siempre en que “la seguridad es prioridad”. Los siguientes procedimientos se usarán como guía para ayudar en la prevención de lesiones en la cabeza.

- Solicitar información precisa de padres/tutores legales sobre el estado físico del estudiante
- Enseñar y practicar técnicas para el juego limpio
- Enseñar a los deportistas los peligros de practicar deportes con una conmoción cerebral
- Solicitar acuse de recibo de parte de los padres/tutores legales confirmando haber recibido la información sobre conmociones cerebrales provista por la UIL
- Animar a los deportistas a respetar y a cumplir las reglas de juego y a demostrar siempre un buen espíritu deportivo
- Asegurarse de que los deportistas usen el equipo de protección adecuado para su actividad (tal como cascos, almohadillas y protectores bucales)
- Asegurarse de que todos los cascos sean certificados por NOCSAE

- Asegurarse de que los cascos sean del tamaño apropiado para cada deportista y que estén ajustados de forma correcta
- Asegurarse de que para todos los deportes que requieran el uso de un casco, uno de los entrenadores o una persona asignada revise los cascos antes de usarlos para verificar que las cámaras de aire estén en buen funcionamiento y debidamente llenas; y
- Verificar periódicamente que las almohadillas estén en buenas condiciones de uso.

A pesar de no poder evitar que ocurran lesiones en la cabeza, CFISD trabaja diligentemente para reducir el número y la gravedad de las lesiones en la cabeza que sí ocurren.

Reporte de lesiones en la cabeza

Es importante que el estudiante deportista o el padre de familia reporte toda lesión recibida en la cabeza al preparador físico o entrenador de escuela intermedia. Esto incluye las lesiones en la cabeza que ocurran fuera del entorno escolar. Es importante que se reporten las lesiones en la cabeza antes de que el estudiante comience a participar en actividades físicas.

Evaluación inicial del deportista

Cuando se sospeche una lesión en la cabeza, el deportista será retirado de la actividad deportiva y se realizará una **evaluación inicial**. Después de la evaluación inicial, se determinará la necesidad de otras evaluaciones médicas de acuerdo con el Código de Educación de Texas, Sec. 38. 151-160. Si se iniciara el protocolo de regreso gradual a los deportes, **NO** se permitirá que el deportista continúe participando en la actividad deportiva el día de la lesión. Se proveerá información sobre la Notificación de Lesiones en la Cabeza y el Protocolo para Regreso a los Deportes (RTP) del CFISD y se contactará a los padres o tutores legales.

Evaluación por un profesional del cuidado de la salud

De acuerdo con el Código de Educación de Texas, Sec. 38. 151-160, la evaluación por profesionales del cuidado de la salud debe incluir una evaluación neurológica y una evaluación funcional. La evaluación neurológica debiese incluir movimientos de los ojos, respuesta de las pupilas, equilibrio (estático y dinámico), audición y visión. La evaluación funcional debiese incluir caminar pegando un pie al otro, trotar y realizar una actividad funcional progresiva.

Evaluación en la escuela

Todo deportista que haya sufrido una lesión en la cabeza deberá reportar diariamente al preparador físico de escuela secundaria o a la enfermera de escuela intermedia. Es responsabilidad del preparador físico notificarle a la enfermera de la escuela secundaria la lesión a la cabeza.

Tratamiento y Rehabilitación

Los deportistas del CFISD que sufran una lesión en la cabeza no podrán participar en deportes UIL hasta haber culminado satisfactoriamente el RTP de la UIL. El CFISD recomienda encarecidamente que limiten su participación en actividades externas como el ejercicio recreativo y los clubes deportivos.

Los médicos tratantes podrían también recomendar que el estudiante disminuya el tiempo que usa para jugar videojuegos o mirar televisión o para usar la computadora e incluso el envío de mensajes de texto.

Las modificaciones en el salón de clase, si el médico tratante lo considerara necesario, se notificarán a los maestros del estudiante y se harán de acuerdo a las instrucciones del médico tratante. Estas modificaciones académicas expirarán con la culminación del Nivel 4 del RTP, a menos que el médico tratante especifique lo contrario.

Las modificaciones en el salón de clase, si el médico tratante lo considerara necesario, se notificarán a los maestros del estudiante y se harán de acuerdo a las instrucciones del médico tratante. Estas modificaciones académicas expirarán con la culminación del Nivel 4 del RTP, a menos que el médico tratante especifique lo contrario.

Evaluación de seguimiento

A los deportistas del CFISD que sufran alguna lesión en la cabeza se les requerirá que sigan las pautas para el regreso a los deportes. Los deportistas tendrán que reportarse diariamente a su preparador físico de secundaria o enfermera de escuela intermedia hasta tener autorización de un profesional médico. Una vez que tengan aprobación para regresar, los deportistas tendrán que llenar un protocolo de regreso gradual a los deportes y los padres de familia tendrán que firmar el formulario: Protocolo de Gestión de Conmociones Cerebrales para el Regreso a los Deportes de la UIL. Tengan en mente que aunque el deportista obtenga la aprobación del médico, quizás no pase el protocolo de regreso gradual a los deportes.

Consideraciones para el regreso a los deportes

CFISD trabaja diligentemente para la prevención, el reconocimiento y el control de conmociones cerebrales con el fin de limitar el riesgo de conmociones cerebrales asociadas con el deporte y para limitar los potenciales riesgos catastróficos y a largo plazo asociados con sufrir una conmoción cerebral. Por lo tanto, el control y la toma de decisiones para el regreso a los deportes permanecen en el área del juicio clínico individual por el preparador físico escolar de secundaria o entrenador de escuela intermedia y el médico del deportista.

El protocolo del CFISD después de una lesión en la cabeza sigue una progresión gradual. Antes de comenzar dicha progresión, el deportista debe haber recibido la autorización del médico para regresar a los deportes, tener un formulario de consentimiento de UIL de regreso aprobado y firmado por uno de los padres/el deportista y no haber tenido ningún síntoma por un período de 24 horas. Si el deportista permanece asintomático, tanto en reposo como durante el ejercicio, deberá completar cada nivel y progresar al siguiente (en intervalos de 24 horas). Si el deportista volviese a presentar síntomas durante la progresión, debiese retroceder al nivel asintomático anterior y volver a comenzar las progresiones después que haya pasado un período de reposo de 24 horas. Si el deportista permanece sintomático por un período de tiempo extendido, entonces tendrá que volver a ver al médico.

Nivel 1- Ejercicio aeróbico suave; 5 a 10 minutos en una bicicleta de ejercicio o trote ligero; no hacer levantamiento de pesas, entrenamiento de resistencia ni otro tipo de ejercicio.

Nivel 2- Ejercicio aeróbico moderado; correr de 15 a 20 minutos (intensidad moderada) en el gimnasio o en la cancha sin el casco ni otra clase de equipo.

Nivel 3- Entrenamiento sin contacto, con el uniforme completo. Se puede comenzar el levantamiento de pesas, el entrenamiento de resistencia y otro tipo de ejercicio.

Nivel 4- Práctica o entrenamiento con contacto total.

Nivel 5- Jugar todo el partido.

El médico del deportista y el preparador físico de la escuela o entrenador de escuela intermedia usarán los síntomas continuos después de la conmoción cerebral, el historial de conmociones cerebrales y los resultados de las evaluaciones diagnósticas junto con la evaluación neurocognitiva y el examen físico para establecer un cronograma de plazos para el regreso del deportista a la actividad. Es importante hacer notar que este cronograma podría extenderse por un período de días, semanas, meses o que podría potencialmente descalificar médicamente al estudiante del programa deportivo. Todos los casos se tratarán individualmente.

Datos de la lesión en la cabeza

Dentro de un plazo de siete días de ocurrida la lesión o de haber recibido autorización para regresar a la actividad, toda la información se reportará al Equipo de Supervisión de Conmociones Cerebrales. El formulario de reporte estandarizado se utilizará para propósitos de notificación.

- Los preparadores físicos de escuela secundaria reportarán al Dirigente del Equipo de Supervisión de Conmociones Cerebrales
- Los Entrenadores de Escuela Intermedia reportarán al Coordinador de Seguridad quien a su vez reportará al Dirigente del Equipo de Supervisión de Conmociones Cerebrales
- El Coordinador de Seguridad realizará un seguimiento sobre las lesiones en la cabeza con los Entrenadores de Escuela Intermedia

Disposiciones en materia de responsabilidad

La elaboración de este manual de normas y procedimientos, de ninguna manera:

- Exonera de responsabilidad legal o inmunidad basada en jurisprudencia a CFISD, o a sus funcionarios o empleados;
- Crea responsabilidad para emprender acciones legales en contra del CFISD o en contra de sus funcionarios o empleados ni exonera al distrito de su responsabilidad bajo el Artículo 74.151, Código Civil de Prácticas y Recursos de Texas; y
- Crea responsabilidad para un miembro del equipo de prevención de conmociones cerebrales, a raíz de la lesión o la muerte de un estudiante durante la participación en la práctica de alguna competencia deportiva ínterescolar, basándose únicamente en la participación en el equipo de supervisión de conmociones cerebrales.

Tarjeta de Control para las Conmociones Cerebrales

CFISD

Tarjeta de Control para las
Conmociones Cerebrales



Evaluación de Posibles Signos y Síntomas

Signos observados por el personal

- 1) aparenta estar aturdido o desorientado
- 2) está confundido respecto a la tarea
- 3) se olvida de las jugadas
- 4) no está seguro del partido, el puntaje, o el oponente
- 5) se mueve con torpeza
- 6) responde las preguntas lentamente
- 7) pierde el conocimiento (aunque sea por poco tiempo)
- 8) muestra cambios de conducta o de personalidad
- 9) No recuerda eventos anteriores al golpe (retrógrada)
- 10) No recuerda eventos después del golpe (anterógrada)

Síntomas reportados por el atleta

- dolor de cabeza
- náuseas
- problemas de equilibrio o mareos
- visión doble o borrosa
- sensibilidad a la luz o al ruido
- sentirse lento
- sentirse confundido
- cambios en los patrones de sueño
- problemas de concentración o de memoria

Los síntomas podrían empeorar con el esfuerzo o volver a presentarse con el paso del tiempo. Toda falla debiese considerarse anormal.

Evaluación Cognitiva en la Cancha

Orientación

1. ¿Cuándo comenzó el dolor de cabeza?
2. ¿Qué estadio/escuela es éste(a)?
3. ¿Quién es el equipo contrario?
4. ¿En qué mes estamos?
5. ¿Qué día es?

Amnesia anterógrada

Pida al atleta que repita tres palabras.

Ejemplo: Niña, Perro, Verde *Ejemplo:* Pelota, Rojo, Escuela

Amnesia retrógrada

Pida al atleta que responda las siguientes preguntas.

1. ¿Recuerdas lo ocurrido?
2. ¿Cuándo fue la última vez que comiste?
3. ¿Qué fue lo último que comiste?
4. ¿En qué cuarta parte/período estamos?
5. ¿Cuál es el puntaje del partido?

Concentración

Pida al atleta que haga lo siguiente.

1. Enumera los días de la semana de atrás para adelante (comenzando con el día de hoy).
2. Repite las series de números de atrás para adelante:

Ejemplo: 419 (914 está correcto) 6385 (5836 está correcto)

Memoria de lista de palabras

Pida al atleta que repita las tres palabras del principio.

Ejemplo: Niña, Perro, Verde *Ejemplo:* Pelota, Rojo, Escuela

**Toda falla debiese considerarse anormal.
Consultar al médico si se sospecha conmoción cerebral.**



Distrito Escolar Independiente Cypress-Fairbanks

Notificación de lesión en la cabeza y Protocolo de autorización médica para el regreso a los deportes (RTP)

Nombre e ID del estudiante: _____/_____/_____ Deporte: _____ Fecha: ____/____/20____

La lesión en la cabeza fue: observada por personal del CFISD reportada por el estudiante durante la práctica/partido patrocinado por la escuela reportada por el estudiante/padre como ocurrida el ____/____/____ (fecha) fuera de una actividad patrocinada por el CFISD

DESCRIPCIÓN DE LESIÓN EN LA CABEZA

SIGNOS OBSERVADOS:

Aturdido Confundido
 Pérdida de conocimiento Dificultad para hablar
 Movimientos torpes Comportamiento inusual
 No recuerda eventos previos al golpe
 No recuerda eventos después del golpe
 Otro: _____

SIGNOS REPORTADOS PERSONALMENTE:

Dolor de cabeza Náuseas
 Pérdida de equilibrio Mareos
 Sueño interrumpido Pérdida de memoria
 Incapacidad para concentrarse/centrar la atención
 Otro: _____

OBTENER ATENCIÓN DE EMERGENCIA SI:

↑ confusión/agitación arrastra las palabras
 los síntomas empeoran tiene convulsiones
 tiene somnolencia extrema/no se le puede despertar

PROTOCOLO PARA REGRESO AL DEPORTE

De conformidad con la norma FM (LEGAL) de la Junta de CFISD y del Código de Educación de Texas, Sec. 38.151-160, el estudiante deportista debe ser retirado de la práctica/partido UIL si un entrenador, médico, proveedor de atención médica o padre/tutor legal cree que el estudiante deportista sufrió una conmoción cerebral. Después que el médico le dé el alta, el deportista deberá completar el protocolo RTP de CFISD a continuación antes de regresar a la práctica/partido UIL.

- Nivel 1- Ejercicio aeróbico suave (5-10 minutos, sin entrenamiento de resistencia)
- Nivel 2- Ejercicio aeróbico moderado (15-20 minutos, correr con intensidad moderada)
- Nivel 3- Entrenamiento sin contacto (uniforme completo, con entrenamiento de resistencia)
- Nivel 4- Práctica o entrenamiento con contacto total
- Nivel 5- Jugar todo el partido

Todo reporte del deportista (u observación de un empleado de CFISD) de síntomas de lesión de la cabeza detiene el protocolo RTP, y el deportista debe esperar 24 horas antes de volver a hacer el nivel del protocolo que indujera los síntomas.

		() ____ - ____ / ____ /20____	
Nombre/imprenta HCP/entrenador CFISD	Firma HCP/entrenador CFISD	Número de teléfono	Fecha
		() ____ - ____ / ____ /20____	
Nombre/imprenta del padre/tutor legal	Firma del padre/tutor legal	Número de teléfono	Fecha

PHYSICIAN RELEASE

(Completed by treating physician only. APRN, PA, y DC are not acceptable according to Texas Education Code)

Physicians: In order for a student athlete to return to UIL competition, he/she must be evaluated, using established medical protocols based on peer-reviewed scientific evidence, by a **treating physician**. If applicable, please attach a detailed description of your recommended classroom accommodations to this form. CFISD will discontinue classroom accommodations upon the athlete's successful completion of Level 4 of the RTP unless otherwise specified in your communication. In your professional opinion:

Athlete **IS CLEARED** to participate in the RTP protocol beginning on ____/____/20____, requires no classroom accommodations, and should return to full athletic practice/play upon completion of RTP.

Athlete **IS CLEARED** to participate in the RTP protocol beginning on ____/____/20____, requires no classroom accommodations, and **must be reevaluated** by me before return to full athletic practice/play.

Athlete **IS NOT CLEARED** for the RTP and will be reevaluated on ____/____/20____.

Other (i.e. cleared with recommended classroom accommodations): _____

		(____) ____ - ____ / ____ /20____	
Printed name, Physician	Signature and credentials	Phone number	Date

White: CFISD Healthcare Provider Yellow: Parent/Legal Guardian



Distrito Escolar Independiente Cypress-Fairbanks

Equipo de supervisión de conmociones cerebrales: Lista de control para el regreso a los deportes (RTP) tras una lesión cerebral en escuela intermedia

Nombre e ID del estudiante: _____ / _____ Escuela: _____ Fecha: _____ / _____ /20_____

Antes de comenzar el Protocolo RTP, asegúrese de que todos los documentos enumerados a continuación hayan sido enviados y recibidos según sea apropiado.

<input type="checkbox"/> Fecha de la lesión	Fecha:	/	/	/20
<input type="checkbox"/> Reporte de lesión lleno (subido a Rank One o enviado al Coordinador de Seguridad)	Fecha:	/	/	/20
<input type="checkbox"/> Se ha entregado al padre o tutor legal un formulario de <i>Notificación de lesión en la cabeza y una autorización médica para el Protocolo RTP</i> (copia rosada retenida por el personal del CFISD/copias blanca y amarilla enviada con el padre para ser llenada por el médico)	Fecha:	/	/	/20
<input type="checkbox"/> Enfermera notificada (si el protocolo no fue iniciado por la enfermera)	Fecha:	/	/	/20
<input type="checkbox"/> Fecha de la evaluación del médico	Fecha:	/	/	/20
<input type="checkbox"/> Alta condicional recibida (requiere seguimiento con un médico)	N/A o fecha:	/	/	/20
<input type="checkbox"/> Alta incondicional (no requiere seguimiento)	Fecha:	/	/	/20

Una vez entregados y recibidos todos los documentos arriba mencionados, proceda a la evaluación del Nivel 1. Cualquier reporte del deportista (u observación de un empleado del CFISD) sobre síntomas de lesión cerebral detiene el protocolo RTP y el deportista deberá esperar 24 horas antes de repetir el nivel del protocolo que le indujo los síntomas.

Nivel 1: Ejercicio aeróbico suave: 5 a 10 minutos en una bicicleta de ejercicio o trote ligero no hacer levantamiento de pesas, entrenamiento de resistencia ni otro tipo de ejercicio.

<input type="checkbox"/> El deportista completa el nivel sin síntomas	Iniciales del supervisor:	Fecha:	/	/	/20	
<input type="checkbox"/> Evaluación asintomática del HCP	Iniciales del HCP:	Fecha:	/	/	/20	Nivel 1 completado

Nivel 2: Ejercicio aeróbico moderado; correr de 15 a 20 minutos con intensidad moderada (gimnasio o cancha), sin el casco ni otra clase de equipo.

<input type="checkbox"/> El deportista completa el nivel sin síntomas	Iniciales del supervisor:	Fecha:	/	/	/20	
<input type="checkbox"/> Evaluación asintomática del HCP	Iniciales del HCP:	Fecha:	/	/	/20	Nivel 2 completado

Nivel 3: Entrenamiento sin contacto, con el uniforme completo. Se puede comenzar el levantamiento de pesas, el entrenamiento de resistencia y otro tipo de ejercicio.

<input type="checkbox"/> El deportista completa el nivel sin síntomas	Iniciales del supervisor:	Fecha:	/	/	/20	
<input type="checkbox"/> Evaluación asintomática del HCP	Iniciales del HCP:	Fecha:	/	/	/20	Nivel 3 completado

Nivel 4: Práctica o entrenamiento con contacto total.

<input type="checkbox"/> El deportista completa el nivel sin síntomas	Iniciales del supervisor:	Fecha:	/	/	/20	
<input type="checkbox"/> Evaluación asintomática del HCP	Iniciales del HCP:	Fecha:	/	/	/20	Nivel 4 completado

Detenga el RTP y llene los documentos de acuerdo con lo descrito a continuación.

<input type="checkbox"/> El HCP del CFISD llena la porción superior del formulario de Consentimiento RTP de la UIL	Fecha:	/	/	/20
<input type="checkbox"/> El padre o tutor debe llenar la parte inferior del formulario de Consentimiento RTP de la UIL	Fecha:	/	/	/20

Una vez recibido el formulario de Consentimiento RTP de la UIL (con todos los recuadros marcados por el padre o tutor), proceda a la evaluación de Nivel 5.

Nivel 5: Jugar todo el partido.

<input type="checkbox"/> El deportista completa el nivel sin síntomas	Iniciales del supervisor:	Fecha:	/	/	/20	
<input type="checkbox"/> Evaluación asintomática del HCP	Iniciales del HCP:	Fecha:	/	/	/20	Nivel 5 completado

Nombre en imprenta del HCP:	Nombre en imprenta del supervisor:
-----------------------------	------------------------------------

Distrito Escolar Independiente Cypress-Fairbanks

Lista de control para escuela secundaria para el regreso a los deportes en caso de lesión en la cabeza

Nombre del estudiante

Fecha de la lesión

Escuela

de ID del estudiante

Deporte

<input type="checkbox"/>	Padre notificado	Fecha: _____
<input type="checkbox"/>	Enfermera notificada	Fecha: _____
<input type="checkbox"/>	Deportista visto por el médico	Fecha: _____
<input type="checkbox"/>	Parte médico de alta incondicional	Fecha: _____
<input type="checkbox"/>	Parte médico de alta condicional	Fecha: _____

El deportista solo podrá progresar al siguiente nivel del protocolo para el RTP si no reporta ni exhibe síntomas por 24 horas después de la actividad de RTP.

Nivel 1- Ejercicio aeróbico suave; 5 a 10 minutos en una bicicleta de ejercicio o trote ligero; no hacer levantamiento de pesas, entrenamiento de resistencia ni otro tipo de ejercicio.

Fecha de completado: _____ Supervisado por: _____

Nivel 2- Ejercicio aeróbico moderado; correr de 15 a 20 minutos (intensidad moderada) en el gimnasio o en la cancha, sin el casco ni otra clase de equipo.

Fecha de completado: _____ Supervisado por: _____

Nivel 3- Entrenamiento sin contacto, con el uniforme completo. Se puede comenzar el levantamiento de pesas, el entrenamiento de resistencia y otro tipo de ejercicio.

Fecha de completado: _____ Supervisado por: _____

Nivel 4- Práctica o entrenamiento con contacto total.

Fecha de completado: _____ Supervisado por: _____

Formulario: Protocolo de Gestión de Conmociones Cerebrales para el Regreso a los Deportes de la UIL

Fecha que fue provisto: _____ Fecha en que fue devuelto: _____

Nivel 5- Jugar todo el partido

Fecha de completado: _____ Supervisado por: _____

Fecha en que se llenó lista de control del RTP: _____ **Fecha de recibido:** _____



Protocolo de Gestión de Conmociones Cerebrales para el Regreso a los Deportes

Este formulario debe completarse y presentarse al preparador físico u otra persona (que no sea un entrenador) responsable del cumplimiento del Protocolo para Regreso a los Deportes establecido por el Equipo de Supervisión de Conmociones Cerebrales del distrito escolar, según determinado por el superintendente o su representante (remitirse al Artículo 38.157 (c) del Código de Educación de Texas).

Nombre del estudiante (En letra de imprenta)

Nombre de la escuela (En letra de imprenta)

El funcionario designado del distrito escolar verifica que:

Marcar el recuadro correspondiente

- El estudiante ha sido evaluado por el médico tratante seleccionado por el estudiante, sus padres u otra persona con autoridad legal para tomar decisiones médicas por el estudiante.
- El estudiante ha completado el protocolo de Regreso a los Deportes establecido por el Equipo de Supervisión de Conmociones Cerebrales del distrito.
- La escuela ha recibido una declaración escrita de parte del médico tratante indicando que, a su juicio profesional, el estudiante puede regresar a los deportes.

Firma del funcionario escolar

Fecha

Nombre completo del funcionario escolar (En letra de imprenta)

El padre o la persona con autoridad legal para tomar decisiones médicas por el estudiante firma y certifica que:

Marcar el recuadro correspondiente

- Ha sido informado al respecto y que da consentimiento al estudiante participante para regresar a los deportes de acuerdo con el protocolo de regreso a los deportes establecido por el Equipo de Supervisión de Conmociones Cerebrales.
- Entiende los riesgos asociados con el reintegro del estudiante a los deportes y que cumplirá con todo requisito continuo en el protocolo de Regreso a los Deportes.
- Da consentimiento para la divulgación a personas apropiadas, consistente con la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (Pub. L. No. 104-191), de la declaración escrita por el médico tratante bajo la Subdivisión (3) y, de haber alguna, las recomendaciones del médico tratante referentes al regreso a los deportes.
- Entiende las provisiones de inmunidad bajo el Artículo 38.159 del Código de Educación de Texas.

Firma del padre o persona responsable de tomar decisiones

Fecha

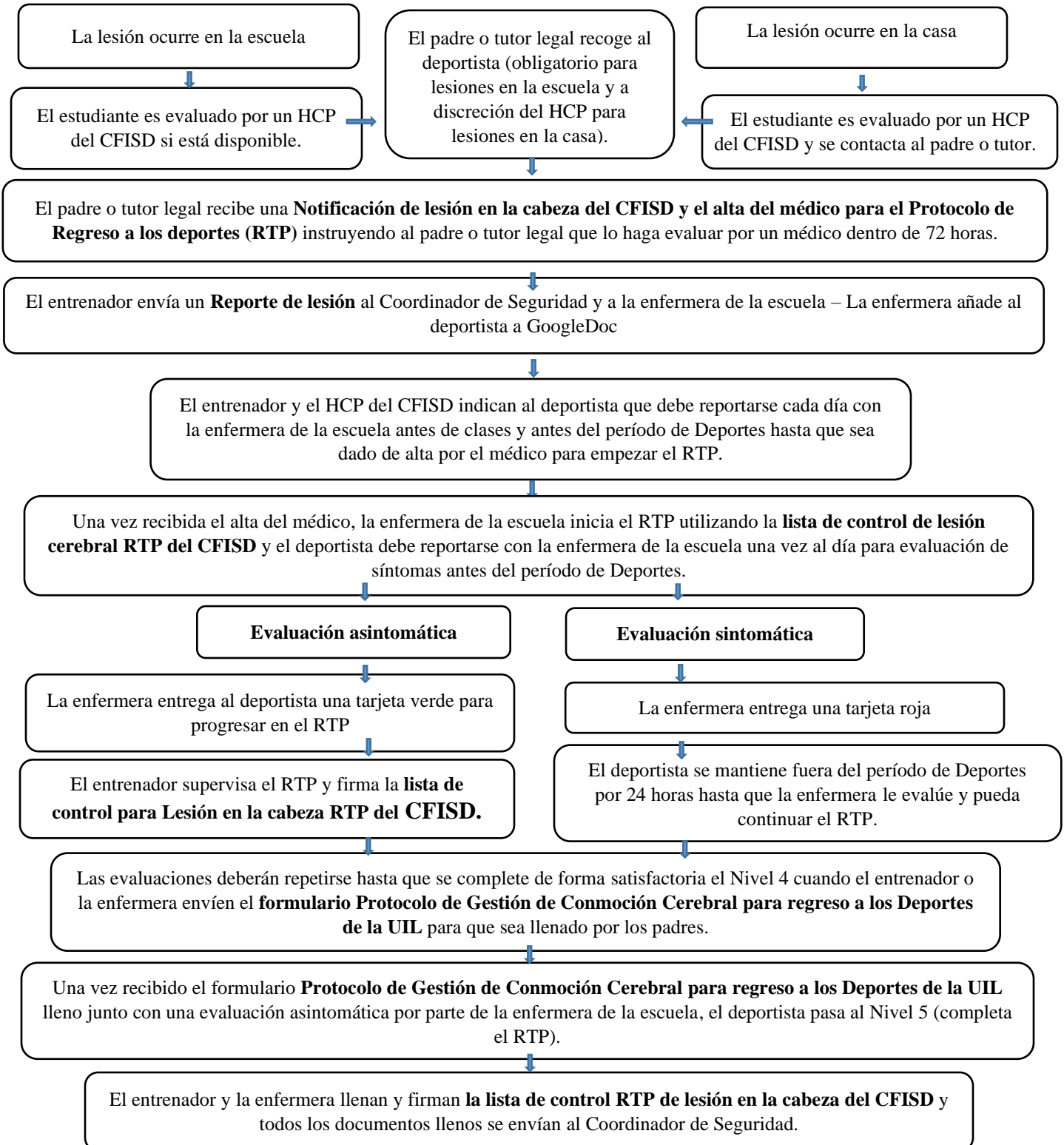
Nombre del padre o la persona responsable de tomar decisiones (En letra de imprenta)



Distrito Escolar Independiente Cypress-Fairbanks

Protocolo de gestión para el regreso a los deportes (RTP) Escuela Intermedia

Las lesiones cerebrales traumáticas (contacto de cabeza con cabeza, caerse y golpear el suelo, etc.) que causan pérdida de conocimiento o síntomas de conmoción cerebral deben reportarse de inmediato al entrenador o profesional de atención médica (HCP) del CFISD. Las enfermeras y los entrenadores deberán comunicarse regularmente para asegurar el cumplimiento de las expectativas RTP.



Conmociones cerebrales

(Código de Educación de Texas Sec. 38. 151-160)

Reportar todas las lesiones en la cabeza

Remoción inmediata de la actividad

Contactar al padre o tutor legal

Autorización del médico

Autorización del padre o el deportista

Protocolo de Regreso Gradual a los Deportes

- 1) Ejercicio aeróbico suave
- 2) Ejercicio aeróbico moderado
- 3) Entrenamiento sin contacto físico
- 4) Entrenamiento con contacto físico
- 5) Partido entero