

Medical Services Division
CAUTIONS REGARDING HEAD INJURY

School: _____

Date: _____

To the Parents or Guardians of: _____
Student's name Birth date Grade/Room/Trk

Head injuries occasionally cause trouble many hours or days later. If you are worried about your child's condition, or if any of the following symptoms occur, you should call your health care provider or take your child directly to an emergency hospital.

1. If headache develops, continues, or becomes severe.
2. If vomiting occurs, or if child complains of dizziness.
3. If sleepiness or drowsiness develops at a time other than normal for sleep. During the usual hours of sleep, the child should be checked frequently for restlessness, unusual sleeping position, change in breathing pattern, or mental confusion when awakened.
4. If blood or other fluid drains from ears or nose.
5. If a seizure or convulsion occurs.
6. If unusual or abnormal behavior or eye movements occur.

(This form is to be used only by Administrator or School Nurse)

Signature of person conferring with parent/guardian,

Administrator/School NurseDivisión de Servicios Médicos
CUIDADO DE LAS LESIONES DE LA CABEZA

Escuela: _____

Fecha: _____

A los padres o tutores legales de: _____
Nombre del estudiante Fecha de nacimiento Grado/Aula/Ciclo

En ocasiones, las lesiones de la cabeza causan problemas varias horas o días después. Si le preocupa el estado de su estudiante o si padece de cualquiera de los siguientes síntomas, usted debe llamar a su proveedor del cuidado de la salud o llevar a su estudiante directamente a un hospital de emergencia:

1. Si surge, continua o empeora el dolor de cabeza.
2. Si vomita o si su estudiante se queja de mareos.
3. Si presenta somnolencia o letargo a una hora fuera de lo normal para dormir. Debe revisarlo frecuentemente durante las horas usuales de sueño y observar si está inquieto, duerme en posición inusual, cambia su patrón de respiración, o si padece de confusión mental al despertar.
4. Si gotea sangre u otros fluidos por los oídos o la nariz.
5. Si le da un ataque (tipo epiléptico) o le dan convulsiones.
6. Si tiene conductas o movimientos oculares inusuales o anormales.

(Este formulario debe ser utilizado únicamente por el administrador o enfermera escolar)

Firma de la persona que habló con el padre o la madre,

Director(a) o Enfermero(a) de la Escuela-----TEAR OFF AND RETURN TO SCHOOL WITH REPLY-----
RECORTE ESTA PARTE Y DEVUÉLVALA A LA ESCUELA

To the Principal/School Nurse (Al director o enfermera de la escuela): _____

I have received the "Cautions Regarding Head Injury." (Recibí las instrucciones "Cuidado de las Lesiones de la Cabeza.")

Student's name (Nombre del estudiante): _____

Parent or Guardian Signature (Firma del Padre, Madre o Tutor)

Date (Fecha)

Room (Salón)

BUL-4948.3

Page 1 of 1

October 20, 2025

Medical Services Division &
Division of School Operations