

Interscholastic Athletics Department

Concussion Injury Report / Reporte De Lesión por Conmoción Cerebral

(required for LAUSD athletes only)

Name of Athlete / Nombre del atleta:		Grade / Grado:	DOB / Fecha de Nacimiento:	Age / Edad:	Gender / Género:	Home Phone / Número de Teléfono:
School / Escuela:			Date of Injury / Fecha en que ocurrió la lesión:		Time of Injury / Hora en que se Lesionó:	
Location Injury Occurred / Lugar donde ocurrió la lesión:						
Disposition From Location / Disposición de la Ubicación: Time / Hora : ☐ Released to PARENT/GUARDIAN / Entregado al PADRE/TUTOR LEGAL						
☐ Private Vehicle / Vehículo Privado ☐ Emergency Medical Services (EMS) / Servicios de Emergencia Médica (EMS)						
The following symptoms were present (check ✓) / El día de hoy se presentan los siguientes síntomas (marque con una ✓)						
PHYSICAL / FISICO		PHYSICAL / FISICO		THINKING / RAZONAMIENTO		EMOTIONAL / EMOCIONAL
☐ Loss of consciousness Pérdida del conocimiento		☐ Visual problems or Sensitivity to light Problemas visuales o Sensibilidad a la luz		☐ Problems remembering Dificultad para recordar		☐ Irritable / Irritabilidad
☐ Headaches Dolores de cabeza		☐ Sensitivity to noise / Sensibilidad al ruido		☐ Problems concentrating Dificultad para concentrarse		☐ Sadness / Tristeza
☐ Nausea / Vomiting Nausea / Vómito		☐ Numbness / Tingling Adormecimiento / Hormigueo		☐ Mentally foggy / Drowsiness Confusión / Somnolencia		☐ Feeling more emotional Sensación emocional elevada
☐ Fatigue / Fatiga		☐ Dizziness / Mareos Balance Problems / Problemas de equilibrio		☐ Feeling more slowed down Sensación de lentitud		☐ Nervousness / Nerviosismo
SCHOOL FIRST RESPONDER'S INFORMATION AT TIME OF INJURY						
Name (PRINT):		Signature:		Title:		Date:

PARENT/GUARDIAN:

It is suspected that your child sustained a concussion or head injury. Quite often, signs and symptoms of a head injury do not appear immediately but can appear hours later. This is a referral for your child to see a licensed healthcare provider (LHP) ASAP. A medical recommendation is required to readmit your child to school and to start Stages 1-5 of the "Concussion Return to Play Protocol" (RTP) on back of this page. The attending LHP MUST complete the information below. *According to state law, students who are suspected of having a concussion must have a graduated RTP protocol of no less than seven days duration under the supervision of a licensed health care provider (LHP).

PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL:

Se sospecha que su estudiante ha sufrido una conmoción cerebral o lesión en la cabeza. Muy a menudo las señales y síntomas de una lesión en la cabeza no se manifiestan inmediatamente, pero pueden presentarse horas después. El propósito de este reporte es alertarle sobre las señales y síntomas de una conmoción cerebral o lesión en la cabeza que esté empeorando. *De acuerdo con ley estatal, si se sospecha que un estudiante ha sufrido una conmoción cerebral, el estudiante debe seguir el protocolo gradual de observación para "Regresar al Juego" ('Return to Play', por sus siglas en inglés) por una duración de no menos de siete días, bajo la supervisión de un proveedor médico autorizado. Por favor pida a su proveedor médico autorizado que llene la parte al pie de la página y además que apruebe el protocolo para "Regresar al Juego" que se encuentra al reverso de esta hoja.

CONSENT: I, the parent/guardian, authorize release of information about concussion and management between LAUSD and my child's health care provider.
CONSENTIMIENTO: Yo, padre/madre/tutor legal, autorizo a que la información sobre la conmoción cerebral y su tratamiento sea compartida entre el proveedor médico autorizado de mi estudiante y el Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles.

Parent/Guardian Name (Print) / Padre/Madre/Tutor Legal (Escriba el nombre en letra de molde):	Parent/Guardian Signature / Firma del Padre/Madre/Tutor Legal:	Date / Fecha:
---	--	---------------

TO BE COMPLETED BY EXAMINING CA Licensed Health Care Provider (MD/DO/NP/PA)*

DIAGNOSIS:	Concussion: ☐ Yes ☐ No	Other Diagnosis:	Date seen:
I have reviewed the above history of concussion symptoms; ☐ May return to school on _____. ☐ No restrictions ☐ Start LAUSD RTP Protocol Stages 1-5; MUST have a medical clearance to start RTP Protocol Stage 6 ☐ Allow 5 minute-pass to avoid crowded hallways ☐ Additional time to take test, specify amount of time and duration: _____ Alternative test methods, specify _____ ☐ Other accommodations, specify _____ ☐ I have scheduled a follow-up on _____ (mm/dd/yyyy) to re-examine Student Athlete before the start of RTP Stage 6 (a minimum of 6 days after diagnosis of concussion)			
CA Licensed Health Care Provider /Hospital/Urgent Care* (stamp)		Signature of CA Licensed Health Care Provider:	
If NP or PA, Print Name of Supervising Physician			
Address:		Telephone No:	