

Interscholastic Athletics Department
CONCUSSION INJURY REPORT / REPORTE DE LESIÓN CONTUSIVA
 (Required for LAUSD Athletes Only)

ATTACHMENT C



SCHOOL FIRST RESPONDER AT TIME OF INJURY	
Name:	Date:
Signature:	Title:
Tools: SAC: <input type="checkbox"/> ____/30 BESS: <input type="checkbox"/> ____/30 APP: <input type="checkbox"/> ____	LOSS OF CONCIOSNESS (LOC): <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES DURATION _____ DISPOSITION FROM LOCATION: EMS <input type="checkbox"/> PRIVATE VEHICLE <input type="checkbox"/> RELEASED TO PARENT/GUARDIAN. Time: _____

Name of Athlete / Nombre del deportista:	DOB / Fecha de Nacimiento:	Gender / Género <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Age / Edad:
School / Escuela:	Home Phone / No. de teléfono:	Sport / Deporte:	
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:	

PARENT/GUARDIAN:
 Your child is suspected of sustaining a concussion or head injury. Quite often, signs and symptoms of a head injury do not appear immediately, but can appear hours later. The purpose of this report is to alert you to the signs and symptoms of a worsening concussion or head injury. *According to state law, students who are suspected of having a concussion must have a graduated "Return to Play" (RTP) protocol of no less than seven days duration under the supervision of a licensed health care provider (MD/DO). Please have your physician complete the bottom of this form and approve the "Return to Play" (RTP) protocol on back of this page.

PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL:
 Se sospecha que su hijo/a ha sufrido una contusión o lesión en la cabeza. Muy a menudo los signos 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 signos y síntomas de una contusión o lesión en la cabeza que esté empeorando. *De acuerdo con ley estatal, si se sospecha que un estudiante ha sufrido una contusión, 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 (Doctor en Medicina/Doctor en Medicina Osteopatía). Por favor pida a su doctor 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.

Today, 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
<input type="checkbox"/> Loss of consciousness <i>Perdida del conocimiento</i>	<input type="checkbox"/> Visual problems or Sensitivity to light <i>Problemas visuales o Sensibilidad a la luz</i>	<input type="checkbox"/> Problems remembering <i>Problemas recordando</i>	<input type="checkbox"/> Irritable / Irritabilidad
<input type="checkbox"/> Headaches <i>Dolores de cabeza</i>	<input type="checkbox"/> Sensitivity to noise <i>Sensibilidad al ruido</i>	<input type="checkbox"/> Problems concentrating <i>Problemas de concentración</i>	<input type="checkbox"/> Sadness / Tristeza
<input type="checkbox"/> Nausea / Vomiting <i>Nausea / Vómito</i>	<input type="checkbox"/> Numbness / Tingling <i>Adormecimiento / Hormigueo</i>	<input type="checkbox"/> Mentally foggy / Drowsiness <i>Mentalmente confuso / Somnolencia</i>	<input type="checkbox"/> Feeling more emotional <i>Sintiéndose más sensible</i>
<input type="checkbox"/> Fatigue / Fatiga	<input type="checkbox"/> Dizziness / Mareos <input type="checkbox"/> Balance Problems / Problemas de equilibrio	<input type="checkbox"/> Feeling more slowed down <i>Sintiéndose más lento</i>	<input type="checkbox"/> Nervousness / Nerviosismo

RED FLAGS: CALL 911, YOUR DOCTOR OR GO TO THE NEAREST EMERGENCY ROOM IF YOUR CHILD SUDDENLY EXPERIENCES ANY OF THE FOLLOWING:
ALERTA ROJA: LLAME AL 911, A SU MEDICO O DIRIJASE A LA SALA DE URGENCIAS MAS CERCANA SI SU HIJO REPENTINAMENTE MANIFIESTA LOS SIGUIENTES SINTOMAS:

Headaches that WORSEN <i>Dolores de cabeza que empeoran</i>	Very drowsy or cannot be awakened <i>Muy somnolento o dificultad despertando</i>	Does not recognize people or places <i>No reconoce a gente o lugares</i>	Unusual behavior change <i>Cambio inusual de comportamiento</i>
Seizures / Convulsiones	Repeated vomiting / Vómito repetitivo	Increasing confusion / Intensa confusión	Increasing irritability / Intensa irritabilidad
Neck pain / Dolor en el cuello	Slurred speech / Balbuceo	Weakness or numbness in arms or legs <i>Debilidad o adormecimiento en los brazos y piernas</i>	Loss of consciousness <i>Perdida del conocimiento</i>

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 contusión y su tratamiento sea compartida entre el proveedor médico autorizado de mi hijo/a y el Distrito Escolar Unificado de Los Angeles.

Print Name / Escriba el nombre en letra de molde:	Parent Signature / Firma del padre/madre/tutor legal:	Date:
---	---	-------

TO BE COMPLETED BY EXAMINING PHYSICIAN Date seen:

Was imaging done? None <input type="checkbox"/> CT Scan <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> X-Ray <input type="checkbox"/>	DIAGNOSIS:
---	------------

I have reviewed the above history of concussion symptoms and concur that a concussion occurred or is likely to have occurred.
 I have reviewed and agree with the Return to Play Protocol attached to this form.
 I have attached my own signed Return to Play protocol.

Licensed Health Care Provider/Hospital/Urgent Care (print or stamp) Name: Address: Telephone No.:	Signature of Health Care Provider (MD/DO):
--	--

*CIF State Bylaw 313 states: A student athlete who is suspected of sustaining a concussion or head injury in a practice or game shall be removed from competition at that time for the remainder of the day. A student-athlete who has been removed from play may not return to play until the athlete is evaluated by a licensed health care provider trained in the evaluation and management of concussion and receives written clearance to return to play from that health care provider. In addition, CA State Law AB2127 states that return to play cannot be sooner than 7 days after evaluation by a licensed health care provider who has made the diagnosis of concussion.
 *El estatuto 313 de la CIF estatal indica que: Un alumno deportista en quien se sospeche haber sufrido una contusión o lesión en la cabeza, durante entrenamiento o juego, deberá ser removido de la competencia durante el resto del día. También, el alumno quien ha sido removido del juego no puede volver a jugar hasta que este mismo haya sido evaluado por un proveedor médico autorizado para evaluar y tratar contusiones y recibir, de parte del proveedor médico autorizado, una autorización por escrito para retornar al juego. Además, la Ley AB2127 del Estado de California indica que no se puede retornar a jugar antes de 7 días después de la evaluación realizada por un proveedor médico autorizado, quien realizó el diagnóstico de la contusión.