

DATOS SOBRE LESIÓN EN LA CABEZA

Fecha: _____

Estimado Padre/Guardián:

_____ hoy recibió una lesión en la cabeza en la escuela causada por
_____ aproximadamente _____ a.m./p.m.

No se observaron problemas aparentes, pero a veces los síntomas pueden ocurrir varias horas después. Por lo tanto, debe vigilar para cualquiera de los siguientes:

1. Dolores de cabeza severos.
2. Nausea y/o vómitos
3. Visión doble, visión borrosas o pupilas de los ojos que parecen ser de tamaño diferente.
4. Pérdida de la coordinación muscular, como caerse, caminar o tambaleándose de manera extraña.
5. Cualquier comportamiento raro, como sentirse confuso, respiración irregular o mareos.
6. Convulsión
7. Sangrado o secreción del oído.
8. Su hijo debe ser revisado cuidadosamente antes de acostarse y despertarlo a la medianoche (si es la hora de acostarse es de 8 - 9 pm) sólo para estar seguro de que él/ella puede ser despertado y parece normal.
9. Si el niño presenta cualquiera de los síntomas mencionados anteriormente, consulte a su médico o a la sala de emergencias del hospital.

Para más información consulte www.gcsnc.com con respecto a las políticas y procedimientos sobre concusiones.

_____ Esta carta es un seguimiento a mi llamada telefónica.

_____ Yo no logré comunicarme con usted vía teléfono.

Comentarios: _____

Sinceramente,

Directo/Designado

Teléfono: _____