FORMULARIO DE ACUSE DE RECIBO DE CONMOCIÓN CEREBRAL

Nombre de estudiante _____

Definición de conmoción cerebral: significa un proceso fisiopatológico complejo que afecta al cerebro y es causado por una fuerza física traumática o un impacto en la cabeza o el cuerpo que puede: (A) incluir una función cerebral alterada temporal o prolongada que resulta en síntomas físicos, cognitivos o emocionales o patrones de sueño alterados; e (B) implicar pérdida de conciencia.

Prevención: enseñar y practicar el juego seguro y la técnica adecuada.
- Siga las reglas del juego.
- Asegúrese de que se use el equipo de protección requerido para todas las prácticas y los juegos.
- El equipo de protección debe caber correctamente y ser inspeccionado regularmente.

Signos y síntomas de la conmoción cerebral: los signos y síntomas de la conmoción cerebral pueden incluir, entre otros: Dolor de cabeza, parecer estar aturdido o atontado, tinnitus (zumbido en los oídos), fatiga, dificultad para hablar, náuseas o vómitos, mareos, pérdida de equilibrio, visión borrosa, sensibilidad a la luz o al ruido, sensación brumosa o aturdida, pérdida de memoria o confusión.

Supervisión: cada distrito designará y aprobará un Equipo de Supervisión de Conmociones Cerebrales (COT). El COT debe incluir al menos un médico y un entrenador atlético si uno es empleado del distrito escolar. Otros miembros que pueden incluir: Enfermera de práctica avanzada, neuropsicólogo o asistente de médico. El COT se encarga de desarrollar el protocolo de Regreso al Juego basado en evidencia científica revisada por pares.

El tratamiento de la conmoción cerebral: el estudiante-atleta deberá ser retirado de la práctica o competición inmediatamente si se sospecha que tiene una conmoción cerebral. Todo estudiante-atleta/porrista sospechoso de sufrir una conmoción cerebral deberá ser visto por un médico antes de que puedan regresar a la participación en actividades atléticas. El tratamiento para la conmoción cerebral es el descanso cognitivo. Los estudiantes deben limitar la estimulación externa, como mirar televisión, jugar videojuegos, enviar mensajes de texto, usar computadora y las luces brillantes. Cuando todos los signos y síntomas de la conmoción cerebral se hayan despejado y el estudiante haya recibido la autorización escrita de un médico, el estudiante- atleta podrá comenzar el protocolo de Regreso al Juego de su distrito, según lo determinado por el Equipo de Supervisión de Conmociones Cerebrales (COT).

Regreso al juego: según el Código de Educación de Texas, sección 38.157:
A un estudiante retirado de una práctica o competencia interescolar de atletismo bajo la Sección 38.156 no se le puede permitir practicar o competir nuevamente después de la fuerza o el impacto que se cree que ha causado la conmoción cerebral hasta que:
(1) el estudiante haya sido evaluado, usando protocolos médicos establecidos basados en evidencia científica revisada por pares, por un médico tratante elegido por el estudiante o el padre o el tutor del estudiante, u otra persona con autoridad legal para tomar decisiones médicas por el estudiante;
(2) el estudiante haya completado con éxito cada requisito del protocolo de Regreso al Juego establecido en la Sección 38.153 necesaria para que el estudiante regrese a jugar;
(3) el médico tratante haya proporcionado una declaración por escrito que indique que, según su juicio profesional, es seguro para el estudiante regresar a jugar; y
(4) que el estudiante y el padre o el tutor del estudiante, u otra persona con autoridad legal para tomar decisiones médicas para el estudiante:
(A) hayan reconocido que el estudiante ha completado los requisitos del protocolo de regreso al juego necesarios para que el estudiante vuelva a jugar;
(B) hayan proporcionado la declaración escrita del médico tratante bajo la Subdivisión (3) a la persona responsable del cumplimiento del protocolo de Regreso al Juego bajo la Subsección (c) y la persona que tiene responsabilidades de supervisión bajo la Subsección (c); y
(C) hayan firmado un formulario de consentimiento que indique que la persona que firma:
(i) ha sido informado y es consciente que el estudiante participe en regresar a jugar de acuerdo con el protocolo de Regreso al Juego;
(ii) entiende los riesgos asociados con el regreso a jugar del estudiante y cumplirá con todo requisito del protocolo de Regreso al Juego en curso;
(iii) aprueba la divulgación a las personas apropiadas, de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (Pub. L. No. 104-191), de la declaración escrita del médico tratante bajo la Subdivisión (3) y, en su caso, las recomendaciones de regreso al juego del médico tratante; y
(iv) entiende las disposiciones de inmunidad bajo la Sección 38.159.

_____ _____
Firma del Padre o Tutor Fecha

_____ _____
Firma del Estudiante Fecha

Este Formulario de Acuse de Recibo de Conmoción Cerebral completado debe estar archivado con el Coordinador Atlético del Campus.