

## Carta de Golpe a la Cabeza

El nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Estimado padre / tutor:

Su hijo recibió un golpe en la cabeza (describa la zona de la cabeza) \_\_\_\_\_

por (descripción de la causa o la fuerza del golpe a la cabeza) \_\_\_\_\_

hoy a las \_\_\_\_\_ am / pm. **Si su hijo siente uno o más de los Signos y Síntomas descritos abajo, debe ver a un médico.**

Signos y Síntomas de lesión en la cabeza pueden aparecer inmediatamente después de un golpe, o pueden no aparecer hasta horas o días después de una lesión. Es importante estar pendiente de los cambios en la forma en que su hijo está actuando o si los signos y síntomas están empeorando. Si su hijo reporta uno o más de los siguientes síntomas, o si usted nota signos, busque atención médica inmediata para su hijo.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LESIONES LISTA DE OBSERVACIÓN	OBSERVACIÓN DEL PERSONAL	
	SI	NO
<b>Llame inmediatamente al 9-1-1 para lo siguiente:</b>		
Pérdida del conocimiento - aunque sea brevemente		
No abrir los ojos, lento para responder, confuso, preguntas repetitivas		
Debilidad o parálisis		
Ataques o convulsiones		
Empeoramiento de otros síntomas (abajo) durante período de observación		
Sangrado significativo desde el cuero cabelludo		
Dolor de la nuca		
<b>Consulte con el médico para una o más de las siguientes:</b>		
No puedo recordar lo ocurrido <i>antes</i> del golpe, o caída		
No puedo recordar lo ocurrido <i>después</i> del golpe, o caída		
Dolor de cabeza		
Vómito más de una vez		
Problemas de equilibrio o mareos		
Visión borrosa o doble		
Sensibilidad a la luz o el ruido		
Dificultad para pensar claramente y / o muestra confusión / aturdido		
Cambio en el comportamiento (irritabilidad, emocional, etc.)		
Puede necesitar puntos de sutura		

**Resolución:**

**No, Signos y Síntomas**

- \_\_\_ No hay síntomas observados
- \_\_\_ El estudiante regreso a la clase
- \_\_\_ Copia de la carta enviada a los Padres / Tutores / Maestros (s)

**Sí, Signos y Síntomas actuales**

- \_\_\_ Padre / Tutor notificado (tiempo / quién) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Los servicios de emergencia activados (9-1-1)
- \_\_\_ El estudiante enviado a casa / referido al médico
- \_\_\_ Maestro (s) y la enfermera notificados

Firma y cargo de la persona que completa este formulario: \_\_\_\_\_