



The Commonwealth of Massachusetts
 Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos
 Departamento de Salud Pública
 250 Washington Street, Boston, MA 02108-4619

**FORMULARIO DE INFORME DE LESIÓN/TRAUMATISMO EN
 LA CABEZA ANTES DE PARTICIPAR EN
 ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES**

CHARLES D. BAKER
 Gobernador

KARYEN E. POLITO
 Vicegobernadora

MARYLOU SUDDERS
 Secretaria

MONICA BHAREL, MD, Inspectora
 de MPH

Este formulario debe ser completado por el padre, la madre o el tutor legal del alumno. Debe entregarse al Director de Deportes o al funcionario designado por la escuela, *antes* del inicio de cada temporada en que un alumno planea participar en una actividad deportiva extracurricular.

Nombre del alumno	Sexo	Fecha de nacimiento	Grado
Escuela		Deporte(s)	
Dirección residencial			Teléfono

¿El alumno alguna vez sufrió una lesión traumática en la cabeza (un golpe en la cabeza)?

Sí _____ No _____

En caso afirmativo, ¿cuándo? Fechas (mes/año): _____

¿El alumno alguna vez ha recibido atención médica por una lesión en la cabeza? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, ¿cuándo? Fechas (mes/año): _____

En caso afirmativo, describa las circunstancias:

¿Al alumno se le diagnosticó un traumatismo? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, ¿cuándo? Fechas (mes/año): _____

Duración de los síntomas (como *dolor de cabeza, dificultad para concentrarse, fatiga*) del traumatismo más reciente:

Padre/Madre/Tutor

Nombre: _____ Firma/Fecha _____

(en letra de imprenta)

Alumno deportista:

Firma/Fecha _____