



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

CHARLES D. BAKER
 Gobernador

KARYEN E. POLITO
 Vicegobernadora

MARYLOU SUDDERS
 Secretaria

MONICA BHAREL, MD, Inspectora
 de MPH

**INFORME DE LESIÓN EN LA CABEZA
 DURANTE LA TEMPORADA
 DEPORTIVA**

Este formulario es para reportar las lesiones en la cabeza (que no sean cortes o heridas menores) que tienen lugar durante una temporada deportiva. Debe devolverse al director de deportes o al miembro del personal designado por la escuela y lo debe revisar la enfermera de la escuela.

Para los entrenadores: Complete este formulario inmediatamente después del juego o la práctica en el caso de lesiones en la cabeza que lleven a que el alumno sea retirado del juego debido a un *posible* traumatismo.

Para los padres/tutores: Complete este formulario si su hijo sufrió una lesión en la cabeza fuera de las actividades deportivas extracurriculares relacionadas con la escuela.

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

Fecha de la lesión: _____

¿El incidente se produjo durante una actividad extracurricular? ____ Sí ____ No

En caso afirmativo, ¿dónde se produjo el incidente?

Describe la naturaleza y el grado de las lesiones del alumno:

Para los padres/tutores:

¿El alumno recibió atención médica? sí _____ no _____

En caso afirmativo, ¿se le diagnosticó un traumatismo? sí _____ no _____

POR EL PRESENTE, DECLARO QUE, A MI LEAL SABER Y ENTENDER, MIS RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS ANTERIORES SON COMPLETAS Y CORRECTAS.

Marque con un círculo una de las opciones:

Entrenador o director de la banda de música

Padre/Madre/Tutor

Nombre de la persona que completó el formulario (en letra de imprenta): _____

Firma _____

Fecha _____