

Hoja de Información acerca de Conmoción

Una conmoción es una lesión cerebral y todas las lesiones cerebrales son graves. Son causadas por una protuberancia (chichón), golpe o sacudida en la cabeza, o por un golpe en otra parte del cuerpo con la fuerza transmitida a la cabeza. Estos pueden variar desde leves a graves y pueden perturbar el funcionamiento normal del cerebro. A pesar de que la mayoría de las conmociones cerebrales son leves, **todas las conmociones cerebrales pueden ser potencialmente graves y pueden resultar en complicaciones, incluyendo daño cerebral prolongado y muerte si no se reconoce y se gestiona adecuadamente.** En otras palabras, incluso una pequeña abolladura "ding" o una protuberancia en la cabeza puede ser grave. No se puede ver una conmoción cerebral y la mayoría de las conmociones de deportes ocurren sin pérdida de conciencia. Los signos y síntomas de una conmoción cerebral pueden aparecer inmediatamente después de la lesión o pueden tardar horas o días en aparecer totalmente. Si su hijo le informa de algunos síntomas de conmoción cerebral, o si usted nota los síntomas o signos de una conmoción cerebral, busque atención médica inmediatamente.

¿Qué puede suceder si mi hijo sigue jugando con una conmoción cerebral o regresa antes de tiempo?

Los atletas con los signos y síntomas de una conmoción cerebral deben ser removidos del juego inmediatamente. Continuar jugando con los signos y síntomas de una conmoción cerebral deja al joven atleta especialmente vulnerable a una mayor lesión. Existe un mayor riesgo de daño significativo de una conmoción cerebral durante un período de tiempo después de que ocurre una conmoción cerebral, particularmente si el atleta sufre otra conmoción cerebral antes de recuperarse completamente de la primera. Esto puede llevar a una recuperación prolongada, o incluso a una inflamación cerebral severa (síndrome del segundo impacto) con consecuencias devastadoras e incluso fatales. Es bien sabido que los adolescentes o atletas adolescentes a menudo no informan síntomas de lesiones. Las conmociones cerebrales no son diferentes. Como resultado, la educación de los administradores, entrenadores, padres y alumnos es la clave para la seguridad del estudiante-atleta.

Si usted cree que su hijo ha sufrido una conmoción cerebral

Cualquier atleta que incluso se sospeche que padece una conmoción cerebral debe ser removido del juego o práctica inmediatamente. Ningún atleta puede regresar a la actividad después de una aparente lesión a la cabeza o concusión cerebral, sin importar cuán leve parece o que tan rápido los síntomas desaparecen, sin autorización médica. La observación cercana del atleta debe continuar durante varias horas. La política IHSA requiere que los atletas proporcionen a su escuela una autorización por escrito ya sea de un médico con licencia para practicar la medicina en todas sus ramas o un entrenador atlético certificado que trabaje en conjunto con un médico con licencia para practicar medicina en todas sus ramas antes de regresar a jugar o practicar después de una conmoción cerebral o después de haber sido retirado de un concurso inter-escolar debido a una posible lesión en la cabeza o conmoción cerebral y sin autorización para volver a ese mismo concurso. De acuerdo con la ley estatal, todas las escuelas miembros de IHSA tienen requerido seguir esta política. Ustedes deben también informar al entrenador de su hijo si usted piensa que su hijo puede tener una conmoción cerebral. Recuerde que es mejor perderse un partido a que se pierda toda la temporada. Y en caso de duda, el atleta se sienta fuera.

Para obtener información actualizada y puesta al día acerca de conmociones cerebrales usted puede ir a: <http://www.cdc.gov/ConcussionInYouthSports/>

Nombre del Estudiante-Atleta (impreso)

X _____
Firma del Estudiante-Atleta

Nombre del Padre/Tutor (impreso)

X _____
Firma del Padre/Tutor

Adaptado del CDC y de la 3ra Conferencia Internacional acerca de Conmociones Cerebrales en Deportes

=====

CONSENTIMIENTO PARA EVALUACIÓN DE ESTEROIDES (SOLO ATLETAS DE LA ESCUELA SECUNDARIA)

Al firmar a continuación, damos nuestro consentimiento para pruebas aleatorias (al azar) de acuerdo con la política de pruebas de esteroides de la IHSA. Entendemos que, si el estudiante o el equipo del estudiante participan en competencias de series del estado, el estudiante puede estar sujeto a pruebas de sustancias prohibidas. Ningún estudiante-atleta puede participar en competencias de serie estatales de IHSA a menos que el estudiante y los padres/tutores den consentimiento para pruebas aleatorias.

Firma de Padre/Tutor X _____ (SOLO ATLETAS DE ESCUELA SECUNDARIA) _____

Firma del Estudiante- Atleta X _____ (SOLO ATLETAS DE ESCUELA SECUNDARIA) _____

Anote la Fecha en ambos lados de la Tarjeta Completada _____

DEBE COMPLETAR AMBOS LADOS DE ESTA FORMA Y REGRESARLA A LA OFICINA DE ATLETISMO (X) FIRMAS REQUERIDAS

Documento Creado 1/17/14

DEPORTE: _____

TARJETA DE PARTICIPACIÓN DE ATLETISMO D300

AÑO EN LA ESCUELA: 7^o 8^o

NOMBRE: (Apellido) _____ (Primer) _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ ID # _____

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR _____ # DEL HOGAR _____ # CELL _____

DOMICILIO _____ EMAIL DE PADRE/TUTOR _____

Yo doy permiso para que mi hijo/hija participe en las
Actividades interescolares del Distrito 300.

(Firma del Padre/Tutor) X _____

Estoy consciente de que la participación en deportes o actividades pueden
implicar riesgos de lesiones. Yo entiendo que él / ella debe cumplir con el Código
Co-Curricular de Conducta.

(Firma del Estudiante-Atleta) X _____

Estoy consciente de que la participación en el deporte o actividad mencionada puede
implicar riesgos de lesiones. Me comprometo a cumplir con el Código Co-Curricular de Conducta del Distrito 300

FORMA DE PERMISO DE COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA

El maestro(s) de mi estudiante / entrenador (es) / patrocinador(s) co-curricular tienen permiso para comunicarse con mi hijo fuera del horario escolar sobre asuntos relacionados con asuntos académicos relacionados con la escuela, atletismo y / o actividades extracurriculares. Este tipo de comunicación electrónica, si es necesario, utilizará correo electrónico aprobado o sitios web vinculados al dominio d300.org o puede ocurrir a través de llamadas de teléfonos celulares y mensajes de texto (pueden aplicarse las tarifas de mensajería). De conformidad con la política del distrito, las comunicaciones electrónicas entre el personal y los estudiantes no serán de naturaleza social. En cualquier momento, entiendo que puedo retener o retraer este consentimiento en lo que respecta a un empleado específico poniéndome en contacto con el director de la escuela.

Firma de Padres X _____

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

DEPORTE: _____

Elegibilidad de Grado: SI NO

Obligación Atlética: NO SI

Fecha del Físico: _____

Cuota pagada: SI NO

DEBE COMPLETAR ** DEBE COMPLETAR ** DEBE COMPLETAR **

AUTORIZACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA DE ATLETISMO Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO

En caso de emergencia, intente ponerse en contacto con uno de los padres en el hogar o en el trabajo. Si no podemos ser alcanzados, intente ponerse en contacto con el suplente enumerado a continuación.

Nombre Alternativo _____

Número de Tel. _____ Parentesco _____

Se concede permiso al médico encargado para proceder con cualquier tratamiento médico o quirúrgico menor, exámenes de x-ray y vacunas para el estudiante nombrado arriba. En caso de una emergencia que surja de una enfermedad grave, la necesidad de una cirugía mayor o lesión accidental significativa, entiendo que un intento será hecho por el médico a cargo de ponerse en contacto conmigo de la manera más expeditiva posible. Si dicho médico no es capaz de comunicarse conmigo, se puede dar el tratamiento necesario para el mejor interés del estudiante nombrado arriba. Se otorga también permiso al entrenador de atletismo para proporcionar el tratamiento de emergencia necesario para el atleta antes de su ingreso a las instalaciones médicas.

El personal de atletismo (médicos de equipo, entrenadores de atletismo, entrenadores u otro personal escolar) podrán aplicar los tratamientos adecuados dentro de su ámbito de conocimiento o entrenamiento por lesiones sufridas durante la participación en actividades deportivas inter-escolares sancionadas por el Distrito 300.

Comentarios / preocupaciones médicas o alergias del cual el personal del D300 necesite estar consciente:

Firma de Padre/Tutor X _____

Tel. Cel _____ Tel. del Trabajo _____

