

Formulario Gfeller-Waller/NCHSAA de historial de concusiones

Nombre del estudiante-deportista: _____ Deporte: _____

Fecha de Nac.: _____ Fecha de la lesión: _____ Escuela: _____

Después de la lesión, ¿el deportista ...	Marque uno con un círculo	Duración (escriba el número/marque con un círculo lo que corresponda)
<i>quedó tumbado inmóvil sobre el campo de juego?</i>	SÍ NO Inseguro	
<i>cayó sobre la superficie sin protección?</i>	SÍ NO Inseguro	
<i>tuvo una pérdida de conocimiento o falta de respuesta real o sospechada?</i>	SÍ NO Inseguro	_____ min / hrs
<i>convulsionó, tuvo una postura tónica (tensión o rigidez repentina) o actividad convulsiva?</i>	SÍ NO Inseguro	_____ min / hrs
<i>experimentó ataxia (control muscular voluntario deficiente, es decir, tropiezos, desequilibrio, dificultad para hablar).</i>	SÍ NO Inseguro	_____ hrs / días/ semanas/continúa
<i>vomitó?</i>	SÍ NO Inseguro	_____ hrs / días/ semanas/continúa
Claramente, los signos anteriores sugieren una concusión, pero podrían indicar una afección o lesión más grave. Si le preocupa la posibilidad de una lesión más grave, considere la posibilidad de someterse rápidamente a una evaluación por parte de un profesional sanitario autorizado.		
<i>experimentó desorientación o confusión, incapacidad para responder a las preguntas de forma adecuada?</i>	SÍ NO Inseguro	_____ hrs / días/ semanas/continúa
<i>experimentó inestabilidad al caminar?</i>	SÍ NO Inseguro	_____ hrs / días/ semanas/continúa
<i>experimentó mareos?</i>	SÍ NO Inseguro	_____ hrs / días/ semanas/continúa
<i>experimentó dolor de cabeza?</i>	SÍ NO Inseguro	_____ hrs / días/ semanas/continúa
<i>experimentó náusea?</i>	SÍ NO Inseguro	_____ hrs / días/ semanas/continúa
<i>experimentó inestabilidad emocional (risa inapropiada, llanto, ira, etc.)</i>	SÍ NO Inseguro	_____ hrs / días/ semanas/continúa
<i>experimentó amnesia?</i>	SÍ NO Inseguro	_____ hrs / días/ semanas/continúa
<i>experimentó dificultad para enfocarse, concentrarse o recordar?</i>	SÍ NO Inseguro	_____ hrs / días/ semanas/continúa
<i>experimentó problemas de visión?</i>	SÍ NO Inseguro	_____ hrs / días/ semanas/continúa
<i>experimentó sensibilidad a la luz?</i>	SÍ NO Inseguro	_____ hrs / días/ semanas/continúa
<i>experimentó sensibilidad al ruido?</i>	SÍ NO Inseguro	_____ hrs / días/ semanas/continúa
<i>Otro : _____</i>	SÍ NO Inseguro	_____ hrs / días/ semanas/continúa

Describe cómo se produjo la lesión: _____

Detalles adicionales: _____

Persona que rellena la sección de historial de lesiones: Entrenador deportivo autorizado, socorrista, entrenador, padre, otro (marque con un círculo)

Nombre de la persona que rellena el historial de lesiones: _____

Número telefónico: _____ Correo-e: _____