

Lista de verificación para signos y síntomas de impacto de la cabeza

Nombre del estudiante _____ Grado del estudiante _____ Fecha/Hora de la lesión _____

Cómo y dónde ocurrió la lesión: (Asegúrese de incluir la causa y la fuerza del golpe o impacto en la cabeza) _____

Descripción de Lesión: (Incluya información sobre cualquier pérdida del conocimiento y por cuánto tiempo, pérdida de la memoria o ataques después de la lesión o conmoción cerebral previas, si han ocurrido. Consulte la sección sobre las señales de peligro al reverso de este formulario) _____

Instrucciones:

Use esta lista de verificación para monitorear a los estudiantes que vengan a su oficina después de un impacto en la cabeza. Los estudiantes se deben monitorear por un mínimo de 30 minutos. Revise si existen señales o síntomas cuando el estudiante recién llega a la sala de atención, 15 minutos después y al final de 30 minutos.

Los estudiantes que experimenten una o más de las señales o síntomas de una conmoción cerebral después de un choque, golpe, o una sacudida de la cabeza se deben referir a un profesional del cuidado de la salud con experiencia en la evaluación de una conmoción cerebral. Para esas instancias en las que un padre de familia transporta al estudiante a un profesional del cuidado de la salud, observe al estudiante por si hay algún empeoramiento o síntoma nuevo justo antes de que el alumno se retire.

Envíe una copia de esta lista de verificación con el estudiante para que el profesional del cuidado de la salud la revise.



SEÑALES OBSERVADAS	0 MINUTOS	15 MINUTOS	30 MINUTOS	<input type="checkbox"/> MINUTOS Justo antes de partir
Parece aturdido o atolondrado				
Está confundido sobre eventos				
Repite preguntas				
Responde las preguntas lentamente				
No recuerda los eventos anteriores al golpe, choque o caída				
No recuerda los eventos posteriores al golpe, choque o caída				
Pierde el conocimiento (aún si es brevemente)				
Muestra cambios de conducta o personalidad				
Olvida los horarios de clase o de tareas				
SÍNTOMAS FÍSICOS				
Dolor de cabeza o "presión" en la cabeza				
Náusea o vómito				
Problemas de equilibrio o mareos				
Dolores musculares o fatiga				
Visión borrosa o doble				
Sensibilidad a la luz				
Sensibilidad al ruido				
Entumecimiento u hormigueo				
No se "siente bien"				
SÍNTOMAS COGNITIVOS				
Dificultades para pensar claramente				
Dificultad para concentrarse				
Dificultad para recordar				
Sentirse más aletargado				
Sentirse lento, aturdido, confundido, divagante				
SÍNTOMAS EMOCIONALES				
Irritable				
Triste				
Más emocional				
Nervioso				

Lista de verificación de impacto de la cabeza

Signos de peligro:

Esté alerta de los síntomas que se empeoran con el tiempo.

El estudiante debe ser revisado en un departamento de emergencias de inmediato si él/ella tiene:

- Una pupila (la parte negra en medio del ojo) más grande que la otra
- Somnolencia o no se puede despertar
- Un dolor de cabeza que empeora y que no desaparece
- Debilidad, entumecimiento o disminuye su coordinación
- Vómitos repetidos o náuseas
- Dificultad para hablar
- Convulsiones o ataques
- Dificultad para reconocer a las personas o lugares
- Aumento de confusión, inquietud o agitación
- Conducta inusual
- Pérdida del conocimiento (incluso una breve pérdida del conocimiento se debe tomar seriamente)

Información adicional sobre la lista de verificación:

La lista de verificación también es útil si un estudiante parece haber sufrido una lesión en la cabeza fuera de la escuela o un día anterior. En tales casos, asegúrese de preguntarle al estudiante sobre posibles síntomas de sueño. Somnolencia, dormir más o menos de lo usual, o dificultad para conciliar el sueño pueden indicar una conmoción cerebral.

Para mantener la confidencialidad y asegurar la privacidad, esta lista de verificación está diseñada para ser usada únicamente por profesionales de la escuela, profesionales del cuidado de la salud y por los padres o apoderados del estudiante.

Resolución de lesión:

___ El estudiante regresó a clase

___ El estudiante fue enviado a casa

___ El estudiante fue referido a un profesional del cuidado de la salud con experiencia en la evaluación de una conmoción cerebral

Firma y título de la persona que está completando este formulario:

Notas: