

Formulario del BVSD de regreso a la escuela / juego tras una conmoción cerebral

Instrucciones para completar el formulario del Distrito Escolar del Valle de Boulder Regreso a la escuela/juego tras una conmoción cerebral

SECCIÓN 1:

Esta sección la deberá llenar un proveedor médico para CUALQUIER estudiante que presente síntomas de conmoción cerebral, que se sospeche que sufre una o que padezca una lesión en la cabeza que requiera de supervisión.

Nota para el proveedor médico: El protocolo del BVSD para cualquier estudiante con conmoción cerebral es implementar ajustes en las actividades académicas y físicas hasta que los síntomas de la conmoción desaparezcan. Los ajustes los determinará el personal de la escuela de acuerdo con la información aportada por el proveedor de servicios médicos, el estudiante y los padres/tutor legal.

SECCIÓN 2:

Esta sección deberá ser llenada por cualquier estudiante atleta al que se le haya retirado de jugar y competir por la presencia de síntomas de conmoción cerebral.

Deberemos contar con una autorización escrita **TANTO** del proveedor de servicios médicos **COMO** de uno de los padres/tutor legal para que el estudiante pueda iniciar el proceso gradual de RTP (Return to Play, retorno al juego).

- Algunos de los proveedores de servicios de salud autorizados legalmente a dar permiso a un estudiante atleta a que inicie el proceso gradual de RTP son: Doctores en medicina, Doctores en medicina osteopática, Enfermeros especializados registrados, Auxiliares médicos registrados o Doctores en psicología registrados con formación en neuropsicología o en evaluación y tratamiento de conmociones.

El BVSD sigue el protocolo de retorno gradual al juego basado en la 4^a Conferencia Internacional sobre Conmociones en el Deporte celebrada en Zúrich en noviembre de 2012, que incluye 6 fases y requiere un mínimo de cinco días (24 horas sin síntomas después de cada fase) antes de volver a jugar de manera normal.

Protocolo de retorno gradual al juego

Fase de rehabilitación	Entrenamiento funcional en cada fase de la rehabilitación	Objetivo de cada fase
1. Ninguna actividad	Completar un examen físico y cognitivo	Recuperación
2. Ejercicio aeróbico ligero	Caminar, nadar o bicicleta fija manteniendo una intensidad <70% de la frecuencia cardiaca máxima pronosticada	Aumento del ritmo cardiaco.
	Ningún ejercicio de resistencia	
3. Ejercicios específicos de un deporte	Ejercicios de patinaje en hockey sobre hielo, carreras en soccer. Ninguna actividad que suponga golpes en la cabeza	Incorporación de movimiento
4. Entrenamiento sin contacto físico	Progresión hacia ejercicios de entrenamiento más complejos, p. ej., pases en fútbol y hockey sobre hielo	Incorporación de ejercicio, coordinación y carga cognitiva
	Se puede empezar con ejercicios progresivos de resistencia	
5. Entrenamiento con contacto físico	Después de recibir autorización médica, participación en actividades de entrenamiento normales	Recuperación de la confianza y valoración de las habilidades funcionales por parte del entrenador
Regreso al juego	Juego normal	

Formulario del BVSD de retorno a la escuela / juego tras una conmoción cerebral

La sección 1 deberá ser llenada por **TODOS** los estudiantes; la sección 2 se les exigirá a los estudiantes atletas para que puedan iniciar el proceso gradual de retorno al juego.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
Escuela: _____ Grado: _____ # de fax: _____
Fecha cuando ocurrió la lesión: _____ El estudiante puede regresar a la escuela el (fecha): _____

SECCIÓN 1: REGRESO A LA ESCUELA (a completar por un proveedor de servicios médicos)

(inicial) Al estudiante se le ha diagnosticado una conmoción cerebral y deberá recibir ajustes académicos hasta que los síntomas remitan. *El personal de la escuela determinará qué ajustes.*

(inicial) El estudiante deberá ser revaluado el (fecha) _____

Nota: Se limitará cualquier actividad física (Educación física, recreo, etc.) hasta que el estudiante se haya recuperado por completo.

SECCIÓN 2: REANUDACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN ATLÉTICA

Esta parte deberá llenarse cuando un estudiante atleta sea retirado de entrenamientos o competiciones por la presencia de síntomas de conmoción cerebral.

RAZÓN PARA LA RETIRADA DEL JUEGO/COMPETICIÓN: (a completar por el entrenador/a – describa la lesión)

Nombre del entrenador/a: _____ Fecha: _____

Proveedor de servicios médicos – Permiso para volver a jugar

He examinado al estudiante atleta arriba mencionado tras su lesión y determino:

(inicial) Darle permiso para que inicie el proceso de retorno gradual al juego cuando los síntomas relacionados con la conmoción remitan y cesen todos los ajustes académicos.

(inicial) **NO** darle permiso al estudiante para que inicie el proceso de retorno gradual al juego hasta que sea revaluado.

FECHA DE LA REEVALUACIÓN: _____

Firma del proveedor médico: _____

Nombre del proveedor médico: _____ Fecha: _____

Teléfono del consultorio: _____ Dirección electrónica: _____

(inicial) Entiendo las consecuencias de una conmoción cerebral en una persona joven y he sido educado sobre cómo tratar la conmoción de mi hijo/a. Doy permiso para que mi hijo/a inicie el retorno gradual al juego cuando los síntomas de la conmoción remitan y deje de recibir ajustes académicos.

Firma del padre: _____ Fecha: _____

Nombre del padre: _____