



315 N French Ave
Arlington, WA 98223
360-618-6200

Para completar esta forma electrónicamente,
se debe abrir en Adobe Reader!

NOTIFICACIÓN DE LESIÓN EN LA CABEZA

Fecha:

Estimado Padre/Guardián:

(Nombre del estudiante)

recibió un golpe en la cabeza hoy a las

AM PM

Cómo ocurrió la lesión:

Lo pusimos a descansar y lo observamos por sus signos de conmoción cerebral.

En este momento:

No hay signos evidentes de lesión en la cabeza

Signos de posible lesión en la cabeza*

*Su niño(a) tuvo

Hinchazón en el sitio de la lesión

Dolor de cabeza

Otro

Disposición:

Estudiante se sintió bien y regresó a su clase/actividades

Llamamos a los padres

Estudiante se fue a casa con sus padres

Se llamó la ambulancia

Comentarios:

EN CASO DE QUE SU HIJO EXPERIMENTE ALGUNO DE LOS SÍNTOMAS MENCIONADOS ARRIBA, POR FAVOR BUSQUE ATENCIÓN MÉDICA.

*Pérdida de la conciencia

*Debilidad o parálisis de la cara o las extremidades

*Sangre o drenar líquido claro de las orejas o la nariz

*Convulsiones

*Cambios en los ojos: pérdida de la visión, pupilas desiguales, visión borrosa

*Temperatura alta

*Nausea o vómito

*Mareos o somnolencia

*Palidez o enrojecimiento

*Confusión/ pérdida de memoria

*Disminución de pulso

*Rigidez de nuca

Sinceramente

Nombre

Título

Escuela

Número de Teléfono