



**California Youth Soccer Association, Inc.**

2081 Arena Blvd. Suite F | Sacramento, CA | 95834

**Formulario de notificación de posible conmoción cerebral para eventos de Cal North**

Hoy día, \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, en el \_\_\_\_\_,  
( fecha) ( nombre del evento)

Jugador, \_\_\_\_\_, mostró signos de posible conmoción cerebral durante la  
( nombre del jugador)

práctica o competencia. Cal North y el personal quieren informarle de esta posibilidad y las señales y síntomas que puedan surgir y que requieran una evaluación y / o tratamiento adicionales.

Comuníquese con un médico en osteopatía que esté capacitado en el tratamiento y manejo de conmociones cerebrales. Tenga en cuenta que un jugador que muestra o mostró signos de una conmoción cerebral no puede volver a jugar hasta que tengamos el formulario de regreso al juego de conmoción cerebral (consulte la página 2) de un médico o un doctor en osteopatía que esté capacitado en el tratamiento y manejo de la conmoción cerebral. Este comunicado luego se remite a nuestro presidente, el Dr. Pete Zopfi, para obtener la autorización final para volver a jugar. Cal North no paga el costo de la autorización firmada.

_____	_____	_____
Nombre del equipo	Grupo de edad	Género
_____	_____	
Nombre del jugador (en letra de imprenta)	Fecha	
_____	_____	
Firma del jugador (si es mayor de 18 años)	Fecha	
_____	_____	
Firma del padre / tutor legal	Fecha	
_____	_____	
Firma del tutor oficial del equipo	Fecha	

Al insertar el nombre y la fecha y devolver este formulario de notificación, confirmo que se me ha proporcionado y reconozco que he leído la información contenida en el formulario.

Si envía una copia escaneada del formulario firmado por correo electrónico, envíelo a [jbordley@calnorth.org](mailto:jbordley@calnorth.org)

Si devuelve el formulario firmado por correo, envíelo a la siguiente dirección:

2081 Arena Blvd. Suite F | Sacramento, CA | 95834

# Formulario para volver al juego de Cal North Concussion

Este formulario está dentro del plan de atención de Evaluación de conmoción cerebral aguda (ACE) en el sitio web de los Centros para el control de enfermedades de EE. UU. [www.cdc.gov/injury](http://www.cdc.gov/injury). Se recomienda a todos los proveedores médicos que revisen este sitio si tienen preguntas sobre la información más reciente sobre la evaluación y el cuidado del atleta después de una lesión por conmoción cerebral. Proveedores, coloque sus iniciales en las recomendaciones que seleccione.

Nombre del atleta: \_\_\_\_\_

Fecha de cumpleaños: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Equipo/ Deporte: \_\_\_\_\_

## Historial de lesiones

Persona que completa el formulario  
(encierre en un círculo una vez):

Entrenador atlético | Primer respondedor | Entrenador | Padre | Alumno

Fecha de la lesión: \_\_\_\_\_

Consulte la información adjunta.

Consulte el historial adicional al dorso de este formulario.

¿El atleta tenía:	(Un círculo)	Duración / Resolución
¿Pérdida del conocimiento o falta de respuesta?	Si   No	Duración: _____
¿Ataques o actividad convulsiva?	Si   No	Duración: _____
¿Problema de equilibrio / inestabilidad?	Si   No	Si es así, ¿se ha resuelto esto? Si   No
¿Mareo?	Si   No	Si es así, ¿se ha resuelto esto? Si   No
¿Dolor de cabeza?	Si   No	Si es así, ¿se ha resuelto esto? Si   No
¿Náusea?	Si   No	Si es así, ¿se ha resuelto esto? Si   No
Inestabilidad emocional (¿risas, llantos, sonrisas, enojo anormales?)	Si   No	Si es así, ¿se ha resuelto esto? Si   No
¿Confusión?	Si   No	Si es así, ¿se ha resuelto esto? Si   No
¿Dificultad para concentrarse?	Si   No	Si es así, ¿se ha resuelto esto? Si   No
¿Problemas de la vista?	Si   No	Si es así, ¿se ha resuelto esto? Si   No
Otro:	Si   No	Si es así, ¿se ha resuelto esto? Si   No

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## RECOMENDACIONES DEL MÉDICO:

Este plan de regreso al juego se basa en la evaluación de hoy.

### REGRESO A LOS DEPORTES

PLEASE NOTE →

- Los atletas no deben regresar a la práctica o jugar el mismo día en que ocurrió la sospecha de conmoción cerebral.
- Los atletas nunca deben volver a jugar o practicar si todavía tienen CUALQUIER síntoma de conmoción cerebral.
- Atletas, asegúrese de que su entrenador / preparador físico esté al tanto de su lesión y síntomas, y de que tenga la información de contacto del médico tratante.

### Las siguientes son las recomendaciones de vuelta a los deportes en el momento actual:

- Escuela (académicos)  Puede regresar a la escuela ahora  Puede regresar a la escuela el \_\_\_\_\_.  Fuera de la escuela hasta la visita de seguimiento
- Escuela (académicos)  NO regrese a la clase de Educación Física.  Puede regresar a la clase de educación física.
- Deportes  No regrese a la práctica o competición deportiva en este momento.
- Puede volver gradualmente a la práctica deportiva bajo la supervisión del proveedor de atención médica de su equipo o deporte.
- Puede avanzar de nuevo a la competencia después de una conversación telefónica con el médico tratante.
- Debe regresar al médico para la autorización final para regresar a la competencia.
- o -  AUTORIZACIÓN COMPLETA: Puede volver a participar plenamente en TODAS las actividades (educación física y deportes)

Regrese a esta oficina el (fecha / hora) \_\_\_\_\_

No se necesita seguimiento

Comentarios adicionales \_\_\_\_\_

Ver más información de seguimiento al dorso

### Información del consultorio médico (Imprimir / sellar)

Nombre del médico \_\_\_\_\_

Teléfono del médico \_\_\_\_\_

Dirección de la oficina \_\_\_\_\_

Firma del médico \_\_\_\_\_ (Un círculo)  
, M.D. | D.O. Fecha \_\_\_\_\_

## Regreso gradual al juego

El regreso al juego debe ocurrir en pasos graduales comenzando con ejercicio aeróbico ligero solo para aumentar su frecuencia cardíaca (ciclo estacionario); moverse para aumentar su frecuencia cardíaca con el movimiento (correr); luego agregando contacto controlado si corresponde, y finalmente regresa a la competencia deportiva. Preste especial atención a sus síntomas y sus habilidades de pensamiento y concentración en cada etapa o actividad. Después de completar cada paso sin que los síntomas vuelvan a aparecer, puede pasar al siguiente nivel de actividad al día siguiente. Pase al siguiente nivel de actividad solo si no experimenta ningún síntoma en el nivel actual. Si sus síntomas regresan, avísele a su proveedor de atención médica, regrese al primer nivel y reinicie el programa gradualmente.

- Día 1: Niveles bajos o actividad física (los síntomas no reaparecen durante o después de la actividad  
Esto incluye caminar, trotar ligero, andar en bicicleta estática ligera y levantamiento de pesas ligero (bajo peso, repeticiones moderadas, sin banco, sin sentadillas)
- Día 2: Niveles moderados de actividad física con movimiento del cuerpo / cabeza  
Esto incluye trote moderado, carrera breve, intensidad moderada en el ciclo estacionario, levantamiento de pesas de intensidad moderada  
(reduzca el tiempo o el peso reducido de su rutina típica)
- Día 3: Actividad física intensa sin contacto  
Esto incluye esprintar / correr ciclismo estacionario de alta intensidad, completar la rutina de levantamiento regular, ejercicios específicos de deportes sin contacto
- Día 4: Práctica deportiva específica (agilidad con 3 planos de movimientos)
- Día 5: Contacto total en un ejercicio o práctica controlada
- Día 6: Regreso a la competencia

