

Nombre del estudiante: _____

SPANISH

**PROGRAMA DE PRUEBAS DE CONMOCIONES CEREBRALES PARA DEPORTES
y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

Entiendo que las pruebas de referencia previas a la conmoción cerebral y las pruebas posteriores a la conmoción cerebral se administrarán en la escuela secundaria (9º a 12º grado) de mi hijo o hija y forma parte del procedimiento para guiar su regreso a la participación en deportes después de la lesión.

Procedimientos

- No hay cargo por las pruebas realizadas en la escuela.
- Si mi hijo o hija sufre una conmoción cerebral, por lo general, el entrenador de atletismo volverá a administrar esta prueba dentro de 1 a 3 días de la lesión para compararla con la prueba de referencia.
- Los resultados de la prueba posterior a la lesión serán analizados por el entrenador atlético certificado con el neuropsicólogo asesor para recomendar el curso de acción siguiente.
- Se me informará por escrito de los resultados de las pruebas posteriores a la lesión.
- Puedo optar por consultar con un especialista en conmociones cerebrales fuera del sistema escolar a mi propio costo para ayudar a la recuperación de mi hijo o hija. El entrenador de atletismo trabajará con este consultor para coordinar la atención.
- El Sistema de Escuelas Públicas del Condado de Howard (HCPSS, por su nombre en inglés) no provee cobertura médica ni reembolso por ninguna prueba, evaluación, seguimiento o rehabilitación más allá de la prueba inicial de conmoción cerebral posterior a la lesión.

Limitaciones en el uso de información

- **Entiendo que las pruebas de referencia de conmociones cerebrales están diseñadas solo para el manejo de las conmociones cerebrales y no como una prueba de coeficiente intelectual y no se usará para las planificaciones educativas o las decisiones de ubicación.**
- **Es importante reconocer que los golpes en la cabeza pueden causar una variedad de lesiones además de las conmociones cerebrales (p. ej., lesiones en el cuello, lesiones cerebrales más graves). El programa de [pruebas de] conmociones cerebrales para deportes está diseñado solo para conmociones cerebrales. Debe consultar a su médico lo antes posible para abordar cualquier otra inquietud médica.**

Almacenamiento, uso de información, acceso a personas autorizadas y confidencialidad

- El Sistema de Escuelas Públicas del Condado de Howard (HCPSS) salvaguardará de manera apropiada la información sobre la salud identificable y protegida individualmente puesta a disposición u obtenida por el HCPSS de sus estudiantes. El HCPSS cumplirá con los requisitos legales aplicables relacionados con la información de salud protegida.
- Los resultados de las pruebas se almacenarán de manera confidencial en un sitio web seguro protegido con contraseña.
- Solo las personas siguientes tendrán acceso a los resultados de las pruebas: Entrenador atlético de la escuela, neuropsicólogo asesor, gerente de atletismo y actividades y cualquier médico designado por el padre o tutor.
- La información sobre la recuperación del estudiante se puede proporcionar a la enfermera escolar, consejero escolar, psicólogo escolar y maestros para brindar apoyo académico o de salud temporario.
- Los resultados de las pruebas posteriores a la lesión se me enviarán por escrito y, si lo solicito, a mi médico designado.

Reconocimiento y consentimiento

He leído este documento por completo y entiendo los términos y las condiciones establecidos anteriormente bajo Procedimientos, Limitaciones en el uso de información y Almacenamiento, uso de información, acceso a personas autorizadas y confidencialidad. Entiendo que este programa de pruebas es un requisito obligatorio para la participación en deportes, excepto para los deportes de campo traviesa, golf, tenis, pista bajo techo y pista al aire libre con la excepción del evento de salto con pértiga. El programa de pruebas de conmociones cerebrales está disponible de manera voluntaria para aquellos estudiantes que no estén obligados a hacerse la prueba. Doy mi consentimiento para la administración de las pruebas de conmociones cerebrales de mi niño/a bajo este programa y para la divulgación de la información de las pruebas de mi niño/a e información de salud protegida relacionada a las personas especificadas en este formulario.

Nombre del padre o tutor: _____

Firma del padre o tutor

Fecha

(1º número de teléfono del padre o tutor)

(2º número de teléfono del padre o tutor)

Official Use Only:

Last Name:

Grade:

DOB:

Sport: