

Formulario de Autorización

Prueba Inicial de Referencia de Contusión Cerebral ImPACT

Hemos leído la información proporcionada por Montgomery County Public Schools (MCPS) y la información detallada en la sección de Salud y Seguridad de la página de Atletismo del sitio de Internet de MCPS sobre la prueba inicial de referencia de contusión cerebral ImPACT (Immediate Post-concussion Assessment and Cognitive Testing) (Evaluación Inmediata y Prueba Cognitiva Después de una Contusión Cerebral). Entendemos su contenido y aceptamos completar la prueba inicial de referencia de contusión cerebral para poder participar en deportes intercolegiales. También damos nuestro consentimiento a que se repita la prueba en caso de una contusión cerebral. Sabemos que solicitar que la escuela repita la prueba (o múltiples pruebas) es nuestra responsabilidad. En caso de una contusión cerebral, o de sospecha de contusión cerebral, la escuela no repetirá la prueba automáticamente.

Entendemos que un estudiante atleta debe recibir el visto bueno de un profesional médico para poder volver a jugar después de una contusión cerebral o de sospecha de contusión cerebral. No se necesita utilizar los resultados de la prueba o de la repetición de la prueba ImPACT para poder volver a participar. Pero en muchos casos, las pruebas ImPACT pueden proporcionar información valiosa que puede ayudar a los profesionales médicos a tomar decisiones sobre cuándo es prudente que un estudiante reanude su participación. Entendemos que no hay ningún costo para los padres para repetir las pruebas.

Además, damos permiso para que el proveedor asignado por la escuela envíe los resultados de la prueba ImPACT al médico de atención primaria, neurólogo, u otro médico que suministre la prueba, según se indica a continuación. También entiendo/entendemos que se podrá proporcionar información general sobre los datos de la prueba al consejero/a escolar y a los maestros de mi hijo/a, con el fin de proporcionar adaptaciones académicas temporarias, de ser necesario, después de un caso de contusión cerebral.

Nombre del Estudiante	Deporte
Firma del Estudiante Atleta	Fecha
Firma del Padre/Madre/Guardián	Fecha
Nombre del médico: _____	
Nombre del consultorio: _____	
Número de teléfono: _____	
Domicilio del estudiante: _____	
Números telefónicos de padre/madre/guardián (si es necesario, por favor indique el número y la hora preferida de contacto)	
Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____	