



Killeen Independent School District
P.O. Box 967•200 North W.S. Young Drive•Killeen, Texas 76540-0967
254/336-0000

Rechazo de Atención Médica por Lesión en la Cabeza

Yo, _____, el padre de _____ (nombre de mi hijo), recibí un aviso de que mi hijo sufrió una lesión en la cabeza. Mi hijo fue atendido en la clínica y se recomienda que haga un seguimiento con un proveedor que tenga experiencia en conmociones cerebrales. Me alertaron para que estuviera atento a cualquiera de los siguientes síntomas:

1. Dolor de cabeza severo
2. Somnolencia excesiva (despierte al niño al menos dos veces durante la noche)
3. Náuseas y/o vómitos
4. Visión doble, visión borrosa o pupilas de diferentes tamaños
5. Pérdida de coordinación muscular, como caerse, caminar de manera extraña o tambalearse
6. Cualquier comportamiento inusual como confusión, respiración irregular o mareos
7. Convulsión
8. Sangrado o secreción de un oído
9. Dificultades para articular bien las palabras

En este momento, NO deseo buscar más atención médica para mi hijo. Al hacer esto, entiendo que permanecerán fuera de actividades de juego por 48 horas después del evento de lesión en la cabeza.

También entiendo que, si mi hijo desarrolla cualquiera de los síntomas enumerados anteriormente dentro de las 48 horas, será excluido de la escuela hasta que haya sido evaluado por un profesional médico y tenga una nota del médico de "regreso al juego".

Fecha del incidente: _____ Hora del incidente: _____

Firma del padre

Número de teléfono