MONROE SCHOOL DISTRICT

# Reporte de Golpe Leve en la Cabeza

Nombre: _____ Fecha: _____ Tiempo: _____
Escolar: _____ Grado/Maestro: _____

**Su hijo/a recibió un golpe en su cabeza en la escuela.**
Descripción del incidente: _____

_____

**Con referente al golpe su hijo presento los siguientes síntomas**:

- ☐ No hay señales obvias de lesión en la cabeza
- ☐ Hinchazón en el sitio del golpe
- ☐ Rasguño/moretón menor
- ☐ Dolor de cabeza leve
- ☐ Nauseas/Vomito
- ☐ Palidez
- ☐ Alerta, orientado a eventos, lugar y tiempo
- ☐ Mareo
- ☐ Cambios en su visión (ve borroso o doble)
- ☐ Debilidad o parálisis en sus extremidades
- ☐ Quedo inconciente
- ☐ Otros: _____

**Tratamiento:** ☐Compresas heladas ☐ Limpieza de la herida ☐ Otro: _____
☐ Observación por _____ minutos

**Disposición:**

- ☐ El estudiante se sintió bien y regreso a su clase, el maestro fue notificado
- ☐ Los padres fueron notificados del accidente. Nombre: _____ tiempo: _____
- ☐ El estudiante fue mandado a casa. Nombre: _____ tiempo: _____

---

Dado a la inconsistente naturaleza de un golpe en la cabeza, niños que han recibido aparentemente un leve golpe en la cabeza deben de ser observados muy de cercas por lo menos las 24 horas después que el accidente haya ocurrido, en muchas ocasiones los síntomas no se presentan sino después de unas horas o hasta el siguiente día. La seriedad de los golpes en la cabeza no determina si un niño en particular tendrá una lesión en la cabeza.

**Si su hijo/a recibió un golpe en la cabeza usted necesita estar al pendiente de los siguientes síntomas:**

1. Nauseas excesivas o vomito
2. Letárgico significa que su hijo/a duerme cuando supuestamente no debe dormir.
3. Confusión mental o desorientación: Puede el niño recordar su nombre, dirección, edad, etc. El niño sabe donde se encuentra?
4. Falta de movimiento: puede el niño mover sus brazos y piernas apropiadamente?
5. Cambio en sus ojos: se queja de cambios en su visión, no puede mantener sus ojos abiertos.
6. Continua con un severo dolor de cabeza
7. Sangrado o desagüe de un oído.

Si se presentara de estos síntomas, usted debe de consultar a su medico inmediatamente o lleve a su hijo de inmediato al servicio de urgencias del hospital mas cercano a usted.

Persona que asiste: _____ Fecha: _____
Posición: _____ Teléfono: _____