



# ESCUELAS PÚBLICAS DE FRAMINGHAM

## Servicios Médicos Escolares

### REPORTE PARA LOS PADRES ACERCA DE LESIONES EN LA CABEZA

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

Hora en que ocurrió la lesión: \_\_\_\_\_

Estimado padre/guardián:

Como usted ya ha sido informado, su niño/a \_\_\_\_\_ sufrió una lesión en la cabeza.

A continuación enumeramos algunos de los indicios y síntomas que podrían ocurrir en las próximas 48 horas, los cuales podrían requerir la atención de un médico.

Observe su niño/a durante las próximas 48 horas utilizando esta lista como guía:

1. No se le puede despertar hasta llegar a un estado completamente alerta, (vigílelo/la cada hora durante 8 horas después de la lesión)
2. Dolor de cabeza continuo, (mínimo a severo)
3. Vómito y náusea más de una vez o que ha comenzado nuevamente horas después de haber cesado.
4. Visión doble, visión borrosa, o pupilas de tamaño desigual.
5. Cualquier síntoma fuera de lo normal tales como, mareo, irritabilidad, confusión, habla trabada, cuello tieso y debilidad en los brazos y piernas.
6. Ataques (convulsiones) coloque a su niño/a de tal manera que no se pueda caer.
7. Sangre o un fluido claro goteando de los oídos o la nariz, (no se sople la nariz si esta sangrando ni trate de limpiar la sangre de los oídos o nariz.)

\_\_\_\_\_  
Enfermera escolar

---

Favor de firmar y devolver esta parte de la hoja a la enfermera de la escuela cuando su niño/a haya regresado a la escuela. Gracias.

\_\_\_\_\_  
Nombre de estudiante

\_\_\_\_\_  
Escuela

**COMENTARIOS:** (incluya síntomas, seguimiento y resultados)

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha