



Distrito Escolar Beaufort County
declaración de entendimiento de contusiones de estudiantes-atletas

Yo, _____, comprendo que es mi responsabilidad informar sobre cualquier
(nombre del estudiante en imprenta)
lesión y enfermedad, incluidas las contusiones, a mi entrenador atlético/ director deportivo.

He leído y comprendo la hoja de información del CDC sobre contusiones, *Hoja de Información para Atletas*, y soy consciente de la siguiente información:

1. Una contusión es una lesión cerebral, y soy responsable de informarla al director deportivo o entrenador atlético.
2. Una contusión puede afectar mi habilidad de desempeñarme en actividades cotidianas y afectar mi tiempo de reacción, equilibrio, sueño, y rendimiento de clase.
3. No se puede ver una contusión, pero puede ser que sienta los síntomas enseguida. Comprendo que otros síntomas pueden aparecer horas o días después de la lesión.
4. Si tengo sospechas de que un compañero de equipo tiene una contusión, soy responsable de informar la lesión al director deportivo o entrenador atlético.
5. No volveré a jugar en un juego o práctica si he recibido un golpe en la cabeza o cuerpo que resulte en síntomas relacionados con las contusiones.
6. Después de una contusión, entiendo que el cerebro necesita tiempo para sanar. Comprendo que es mucho más probable que sufra una segunda contusión si vuelvo a jugar antes de que los síntomas desaparezcan.
7. En casos extremos, comprendo que contusiones recurrentes pueden llevar a daño cerebral e incluso la muerte.

Acepto que he leído y comprendido la *Hoja de Información para Atletas* de la CDC y acepto la responsabilidad de proteger mi bienestar. Si tengo dudas, es mi responsabilidad preguntar al personal atlético o entrenador.

Fecha: _____
Firma del Estudiante

Fecha: _____
Firma del Padre o Tutor Legal (si el estudiante es menor a 18 años de edad)

Nombre en imprenta del Padre o Tutor Legal (si el estudiante es menor a 18 años de edad)