



HEALTH SERVICES & PROGRAMS

POMONA UNIFIED SCHOOL DISTRICT

800 S Garey Avenue, P.O. Box 2900, Pomona, California 91766 Phone: (909) 397-4648, ext. 28352

AVISO SOBRE LESIÓN EN LA CABEZA

INSTRUCTIONS: This form should be accompanied by a telephone call to parents.

Fecha: _____ Nombre del Alumno: _____ Grado: _____

Hora de la lesión: _____ Nombre de padre/tutor legal notificado: _____

Hora en que fue notificado: _____

Hoy su hijo(a) recibió primeros auxilios en la enfermería escolar por una posible lesión en la cabeza. Esté pendiente de cualquiera de los siguientes síntomas durante 24-48 horas:

1. Dolor de cabeza severo.
2. Sueño excesivo (despertar a su hijo(a) por lo menos dos veces durante noche).
3. Náusea y/o vómito.
4. Visión doble, visión borrosa o pupilas de diferentes tamaños.
5. Pérdida de coordinación muscular, como caerse, caminar extraño, tambaleante.
6. Cualquier comportamiento inusual, como estar confundido, respiración irregular, mareos o estar inquieto.
7. Convulsiones.
8. Sangrado o secreción del oído, la nariz o boca.
9. Pérdida de memoria.

Póngase en contacto con su médico o sala de emergencia si observa cualquier síntoma arriba mencionado.

Enfermera Escolar/Asistente de Salud/Oficinista

Teléfono

Disposición: Regresó al salón Niño(a) fue entregado al

Padre/tutor legal: _____

(Firma)

C: Copy to health folder