

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE
REGRESO A LAS ACTIVIDADES
DESPUÉS DE UNA CONMOCIÓN CEREBRAL**

Este formulario debe utilizarse después de que se retire a un deportista de la actividad y no regrese después de presentar síntomas de conmoción cerebral. Las reglas de MHSAA requieren 1) una autorización por escrito de un médico, sin condiciones (MD/DO/Asistente de médico/enfermero/a), y 2) el consentimiento del estudiante y un padre/madre/tutor. **Debe completarse tanto la sección 1 como la 2 en este formulario antes del regreso a la actividad. Este formulario debe mantenerse en el registro en la escuela y enviarse por correo electrónico a Concussion@MHSAA.com o por fax al 517-332-4071.**

Estudiante: _____ Escuela: _____

Evento/deporte: _____ Fecha de la lesión: _____

1. Acción del médico, D.O., asistente del médico o enfermero

- **La autorización debe encontrarse por escrito y debe ser incondicional.** NO es suficiente que un médico, D.O., asistente de médico o enfermero haya aprobado que el estudiante comience la progresión al regreso a la actividad, ni es suficiente que el estudiante tenga autorización para regresar con la progresión al regreso a la actividad incompleta. El examinador médico debe aprobar el regreso a la actividad del estudiante sin restricciones.
- Cada escuela, distrito o liga puede tener más requisitos y protocolos estrictos, incluidos, entre otros, periodos de inactividad obligatorios, evaluaciones y pruebas después de la conmoción cerebral, antes o después de la autorización por escrito para el regreso a la actividad.
- Una escuela o institución de atención médica puede utilizar el formulario local para esta parte del protocolo de regreso a la actividad, siempre que cumpla con las normas de MHSAA. (Ver el protocolo de MHSAA.)

Se otorga permiso para que el deportista regrese a la **actividad sin limitaciones** (no puede regresar a las prácticas ni competencias el mismo día de la lesión).

FECHA: _____

FIRMA (debe ser del médico, DO, PA o NP - Seleccione uno)

Nombre del examinador (en imprenta): _____

2. Consentimiento del estudiante y un padre/madre/tutor después de la conmoción cerebral.

- Me han informado de forma completa y consiento de forma voluntaria e informada a que mi hijo/a vuelva a participar en las actividades deportivas; entiendo, reconozco y asumo los riesgos asociados con dicho regreso a las actividades, incluidos, entre otros, las conmociones cerebrales, y accedo a cumplir con todos los protocolos pertinentes establecidos por la escuela de mi hijo/a y/o el MHSAA; y mi hijo/a ha sido evaluado por un médico, D.O., asistente de médico o enfermero y ha recibido una autorización por escrito para regresar a la actividad.
- Considerando la participación continua de mi hijo/a en deportes patrocinados por MHSAA, por la presente renuncio a cualquier denuncia, pérdida, demanda o causa contra MHSAA, sus miembros, directivos, representantes, miembros del comité, empleados, agentes, abogados, aseguradores, voluntarios y afiliados, sobre la base de cualquier lesión que sufra yo, mi hijo/a o cualquier persona, ya sea por un riesgo inherente, accidente, negligencia u otra causa, durante la participación de mi hijo/a en un deporte patrocinado por MHSAA, o que derive de ella de forma alguna.
- Presto consentimiento para divulgar a las personas correspondientes, según la HIPAA y la FERPA, la declaración escrita del examinador médico tratante.

Firma del estudiante (obligatoria): _____ Fecha: _____

*Nombre del padre/madre/tutor: _____ *Firma del padre/madre/tutor: _____

*Obligatorio si el estudiante es menor de 18 años de edad.

3. PARA USO DE LA ESCUELA: Identificación de informe de lesión craneal de MHSAA:

Año de graduación de la escuela secundaria:

ESTE FORMULARIO DEBE MANTENERSE EN EL ARCHIVO EN LA ESCUELA DURANTE SIETE AÑOS DESPUÉS DE LA GRADUACIÓN DEL ESTUDIANTE. VER EL REVERSO POR OTRA INFORMACIÓN RELACIONADA CON LAS CONMOCIONES CEREBRALES, INCLUIDO EL SEGURO

INFORME SOBRE CONMOCIÓN CEREBRAL DE LA ESCUELA

Las escuelas deben informar sobre los casos de conmoción cerebral en línea ingresando en MHSAA.com. Informe sobre cualquier caso de conmoción cerebral en todos los niveles deportivos de MHSAA donde el estudiante sea retirado de la actividad. Este es un proceso aparte del Formulario de consentimiento de regreso a la actividad después de una conmoción cerebral al reverso.

SEGURO DE ATENCIÓN DE CONMOCIONES CEREBRALES DE MHSAA

La Asociación Deportiva de las Escuelas Secundarias de Michigan brinda a los participantes en deportes en cada escuela media o secundaria miembro de MHSAA un seguro adicional para pagar los beneficios de gastos médicos por accidentes que surjan de una posible conmoción cerebral. La lesión debe darse durante la participación del deportista en una actividad de temporada cubierta por MHSAA. El límite de la póliza es \$25.000 por cada accidente. Los estudiantes, deportes y situaciones cubiertas siguen el seguro de accidentes médicos por catástrofe.

Este nuevo programa está destinado a asegurar que todos los estudiantes deportistas elegibles en las escuelas miembro de MHSAA, entre 6° y 12° grado, tanto masculino como femenino, en todos los niveles de todos los deportes en la jurisdicción del MHSAA, reciban atención profesional y rápida para incidentes de lesiones craneales, incluso si el niño/a no tiene seguro o su seguro no basta. Los deducibles y copagos por accidentes médicos que queden impagos por otras pólizas serán reembolsados con este programa, dentro de los límites de la póliza.

El seguro de atención para conmociones cerebrales corresponde a la póliza de seguro médico de accidentes médicos por catástrofe, que paga hasta \$500.000 por gastos médicos que otros seguros no pagan, después de cumplir un deducible de \$25.000 por solicitud en gastos médicos pagos. Todos los estudiantes inscriptos entre 6° y 12° grado en las escuelas miembro de MHSAA que sean elegibles según las normas del MHSAA, y que participen en prácticas o competencias deportivas en la jurisdicción del MHSAA están cubiertos por esta póliza por lesiones relacionadas con su participación deportiva.

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL ADMINISTRADOR DE SOLICITUDES DE SEGURO POR CONMOCIONES CEREBRALES

Contacto para las solicitudes:

Cheryl Walsh

Mutual of Omaha

3300 Mutual of Omaha Plaza

Omaha, NE 68175

Correo electrónico: cheryl.walsh@mutualofomaha.com

Teléfono: (402) 351-5325 | Fax: (402) 351-4732

Puede encontrar los formularios de solicitud en MHSAA.com, Health & Safety (esquina superior derecha).

Vea Información y formularios de beneficios de seguro por conmociones cerebrales