

LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Student Health and Human Services

CAUTIONS REGARDING HEAD INJURY

_____ Date _____
School

To the Parents or Guardian of _____
Student name Birth date Grade/Room/Trk

Head injuries occasionally cause trouble many hours or days later. If you are worried about your child's condition, or if any of the following symptoms occur, you should call your health care provider or take your child directly to an emergency hospital.

1. If headache develops, continues, or becomes severe.
2. If vomiting occurs, or if child complains of dizziness.
3. If sleepiness or drowsiness develops at a time other than normal for sleep. During the usual hours of sleep, the child should be checked frequently for restlessness, unusual sleeping position, change in breathing pattern, or mental confusion when awakened.
4. If blood or other fluid drains from ears or nose.
5. If a seizure or convulsion occurs.
6. If unusual or abnormal behavior or eye movements occur.

Signature of person conferring with parent,

(This form is to be used only by Administrator or School Nurse)

Administrator/School Nurse

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES
Oficina de Servicios de Salud Estudiantil

CUIDADO DE LAS LESIONES DE LA CABEZA

_____ Fecha _____
ESCUELA

A los padres or tutor legal de _____
Nombre del alumno Fecha de nacimiento Grado/Salón/Trk

En ocasiones, las lesiones de la cabeza causan problemas varias horas o días después. Si le preocupa el estado de su hijo(a) o si padece de cualquiera de los siguientes síntomas, usted debe llamar a su proveedor del cuidado de la salud o llevar a su hijo(a) directamente a un hospital de emergencia:

1. Si le da, continua o empeora el dolor de cabeza.
2. Si vomita o si su hijo(a) se queja de mareos.
3. Si le da letargía o somnolencia a una hora fuera de lo normal para dormir. Debe revisarlo frecuentemente durante las horas usuales de sueño y observar si está inquieto, duerme en posición inusual, cambia su patrón de respiración, o si padece de confusión mental al despertar.
4. Si gotea sangre u otros fluidos por los oídos o la nariz.
5. Si le da un ataque (tipo epiléptico) o le dan convulsiones.
6. Si se comporta anormalmente o de manera poco usual, o mueve los ojos anormalmente.

Firma de la persona que habló con el padre o la madre,

(This form is to be used only by Administrator or School Nurse)

Director(a) o Enfermero(a) de la Escuela

-----TEAR OFF AND RETURN TO SCHOOL WITH REPLY-----
CORTE ESTA PARTE Y DEVUÉLVALA A LA ESCUELA

To the Principal/School Nurse (Al director o enfermera de la escuela):

I have received the "Cautions Regarding Head Injury."

He recibido las instrucciones "Cuidado de las Lesiones de la Cabeza." _____
Student's name (Nombre del alumno)

Parent or Guardian's Signature
Firma del Padre, Madre o Tutor

Date (Fecha)

Room (Salón)