

SERVICIOS DE SALUD PARA LAS ESCUELAS DEL DISTRITO 9 –R

FECHA _____

HORA _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____ EDAD _____

GRADO _____

Queridos padres:

Su hijo recibió un golpe en la cabeza hoy en la escuela. El/Ella ha sido observado y no muestra ningún efecto adverso.

Si usted observa cualquiera de los siguientes síntomas, por favor, notifíquelo a su doctor inmediatamente.

1. Las pupilas de los ojos tienen un tamaño desigual.
2. Dolor de cabeza.
3. Náusea y/o vómito.
4. Mareos.
5. Sangrado, no importa que sea pequeño, de la nariz, oído, o boca.
6. Visión borrosa.
7. Desorientación.
8. Pérdida de conciencia o incapacidad para despertar del sueño.

No use ningún medicamento a menos que haya sido prescrito por el médico.

asesor de salud

SERVICIOS DE SALUD PARA LAS ESCUELAS DEL DISTRITO 9 –R

FECHA _____

HORA _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____ EDAD _____

GRADO _____

Queridos padres:

Su hijo recibió un golpe en la cabeza hoy en la escuela. El/Ella ha sido observado y no muestra ningún efecto adverso.

Si usted observa cualquiera de los siguientes síntomas, por favor, notifíquelo a su doctor inmediatamente.

9. Las pupilas de los ojos tienen un tamaño desigual.
10. Dolor de cabeza.
11. Náusea y/o vómito.
12. Mareos.
13. Sangrado, no importa que sea pequeño, de la nariz, oído, o boca.
14. Visión borrosa.
15. Desorientación.
16. Pérdida de conciencia o incapacidad para despertar del sueño.

No use ningún medicamento a menos que haya sido prescrito por el médico.

asesor de salud