

## **TSSA Reconocimiento de Conmoción Cerebral y Formulario de Autorización Medica De Los Padres/Tutores Legales**

Yo, el/la abajo firmante, padre, madre, o tutor formal del atleta participante (“hijo/hija”), declaro que recibí, leí, y entendí la información de Tennessee State Soccer Association (TSSA) correspondiente a Conmoción Cerebral – Policy 31 (enviada a través de un link).

Además, entiendo, reconozco, y estoy de acuerdo en lo siguiente:

- La conmoción cerebral es una lesión del cerebro que se debe reportar inmediatamente al entrenador, los padres/ guardián legal, o al profesional médico.
- Una conmoción cerebral puede no ser visible físicamente. Algunos síntomas pueden aparecer inmediatamente, mientras otros pueden aparecer horas o aun días después de la lesión.
- La mayoría de las conmociones cerebrales desaparecen o se resuelven dentro de días o semanas de la lesión, pero algunas se demoran meses o más dependiendo de la severidad y al manejo que se le dé.
- Después de un tropiezo, un choque, o un golpe en la cabeza o el cuerpo, se requiere atención medica inmediata si aparecen señales de peligro, como las que se mencionan abajo (y otras que no aparecen ahí):
  - Perdida de conciencia
  - Vomito repetido
  - Fuertes dolores de cabeza
  - Confusión o dificultad al hablar
- Volver a jugar antes de recuperarse completamente acentúa el riesgo de otra conmoción cerebral y de una lesión más grave al cerebro.
- Conmociones cerebrales repetidas pueden llevar a un daño permanente del cerebro, a un daño cognitivo permanente, o inclusive la muerte.

Consecuentemente, yo como padre o guardián legal, estoy de acuerdo con las siguientes responsabilidades:

- Que me hijo/hija no se le permita volver a jugar o practica el mismo día que presento señales de conmoción cerebral.

- En que mi hijo/hija no debe volver a participar en juego o practica hasta que no haya sido evaluado por un profesional con licencia en el área de la salud y especializado en el manejo de conmoción cerebral.
- Reconozco y estoy de acuerdo que mi hijo/hija no vuelva a participar en práctica o en juegos hasta que haya sido evaluado por un profesional de la salud con licencia del estado de Tennessee, que haya sido entrenado en la evaluación y manejo de conmoción cerebral, y que declare por escrito que mi hijo/hija pueda volver a participar en juego o practica sin ningún problema para su salud.
- Si por algún motivo yo no estoy disponible de inmediato, autorizo que TSSA asegure que mi hijo/hija reciba evaluación médica de emergencia, tratamiento, y transporte, como sea recomendado por profesionales de la salud de acuerdo con las circunstancias. Entiendo que ustedes harán todo lo posible por contactarme antes de ejecutar cualquier tratamiento, y que esta autorización solo es para garantizar que se le dé el cuidado necesario y no es para renunciar a mis derechos, ni para asignar responsabilidades a TSSA por decisiones medicas para el cuidado de mi hijo/hija. Entiendo y estoy de acuerdo que a las personas a las que les he dado esta autorización no son profesionales de la salud ni tampoco responsables por las acciones u omisiones del profesional de la salud o personal de emergencia que estén encargados del cuidado médico de mi hijo/hija. Al grado máximo permitido por la ley, yo, por medio de este documento, libero de toda responsabilidad a las personas a las que les he dado esta autorización y me abstengo de tomar acciones legales y hacer cargos o daño en todos los reclamos, demandas, o causas de acciones, conocidas o no, originadas o relacionadas con la evaluación médica, cuidado, tratamiento, o transporte de mi hijo/hija hechos por terceros, incluyendo reclamos por negligencia médica, diagnostico o tratamiento incorrecto. Esta autorización no se aplica a los reclamos resultantes por negligencia extrema o mal comportamiento de las personas autorizadas.

**AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, AFIRMO QUE ENTIENDO LA NATURALEZA Y RIESGOS DE LA CONMOCION CEREBRAL Y ESTOY DE ACUERDO EN CUMPLIR CON TODAS LAS NORMAS Y LEYES APLICABLES, INCLUYENDO TSSA CONCUSSION MANAGEMENT PROTOCOLS AND TENNESSEE'S RETURN-TO-PLAY LAW.**

\*\*\*\*\*

**Al enviar este formulario electrónicamente, declaro que soy la persona mencionada anteriormente (o tutor legal), y que este envío constituye mi firma electrónica. Entiendo que la firma electrónica es legal bajo la ley de Tennessee y tiene la misma fuerza y efecto como si fuera una firma de mi propia mano.**