

LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Medical Services Division

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)

Principal or Designee

로스앤젤레스 통합교육구
의료 서비스 부

머리 부상 관련 주의 사항

날짜 _____

학교

다음 학생의 학부모 또는 보호자님께: _____
학생 이름 생년월일 학년/교실/트랙

머리 부상은 사고 후 여러 시간 또는 며칠 뒤에 증상이 나타날 수 있습니다. 자녀의 상태가 걱정되거나 아래 증상 중 어느 하나라도 나타날 경우, 담당 의료 제공자에게 연락하거나 즉시 응급실로 내원하시기 바랍니다.

1. 두통이 생기거나, 지속되거나, 심해지는 경우.
2. 구토를 하거나, 어지러움을 호소하는 경우.
3. 평소 수면 시간이 아닌데도 과도한 졸림이나 나른함이 나타나는 경우. 평소 수면 시간에는 아이가 뒤척이는지, 평소와 다른 자세로 자는지, 호흡 패턴에 변화는 없는지, 깨웠을 때 정신이 혼미한지 자주 확인하십시오.
4. 귀나 코에서 피 또는 다른 액체가 나오는 경우
5. 발작이나 경련이 일어나는 경우.
6. 평소와 다른 이상 행동이나 눈 움직임을 보이는 경우.

학부모와 상담한 담당자 서명,

(본 양식은 관리자 또는 학교 간호사만 사용합니다)

교장 또는 담당자

.....TEAR OFF AND RETURN TO SCHOOL WITH REPLY.....

이 부분을 잘라서 학교로 보내주십시오

To the Principal/Designee (교장선생님(또는 담당자)께):

I have received the "Cautions Regarding Head Injury."

본인은 "머리 부상 관련 주의 사항"을 받았습니다.

Student's name (학생 이름)

Parent or Guardian's Signature
(학부모 또는 보호자 서명)

Date (날짜)

Room (교실)