

**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

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ÁNGELES**  
División de Servicios Médicos

**PRECAUCIONES RELACIONADAS CON LESIONES DE LA CABEZA**

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Escuela

A los padre o tutores de \_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante Fecha de nacimiento Grado/Aula/Ciclo

Ocasionalmente, las lesiones de la cabeza pueden causar problemas muchas horas o días después. Si a ustedes les preocupa la condición de su hijo(a) o si algunos de los siguientes síntomas se presentan, ustedes deben comunicarse con su médico o llevarlo(a) directamente a la sala de emergencias.

1. Si se presenta, continúa o empeora un dolor de cabeza.
2. Si se presentan vómitos o el niño(a) se queja de mareos.
3. Si el niño(a) está adormilado(a) o somnoliento(a) durante un periodo distinto al que normalmente se va a dormir. Durante las horas en que el niño(a) duerme, se le debe checar con frecuencia para detectar si está inquieto(a), duerme en una postura rara, cambios en el ritmo respiratorio o confusión mental al despertarse.
4. Si se presenta una hemorragia nasal o en los oídos.
5. Si se presentan convulsiones o ataques epilépticos.
6. Si se presentan conductas anormales o movimientos oculares extraños.

Firma de la persona en comunicación con el padre o madre,

(Este formulario se debe usar sólo por el administrador o enfermera escolar)

\_\_\_\_\_  
Director o Persona Designada

-----  
TEAR OFF AND RETURN TO SCHOOL WITH REPLY  
CORTE LA PARTE POSTERIOR Y ENVIÉLA A LA ESCUELA CON SU RESPUESTA  
-----

To the Principal/Designee / (Para el Director(a) o Persona Designada):

I have received the "Cautions Regarding Head Injury."

Recibí las "Precauciones para Lesiones de la Cabeza" \_\_\_\_\_  
Student's name (Nombre del estudiante)

\_\_\_\_\_  
Parent or Guardian's Signature  
Firma del padre, madre o tutor

\_\_\_\_\_  
Date (Fecha)

\_\_\_\_\_  
Room (Aula)