

STONEHAM ESCUELAS
PÚBLICAS

La escuela recomendaciones después de la conmoción cerebral

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ R
Fecha de evaluación: _____ eferido por: _____

Duración de recomendaciones: 1 semana 2 semanas 4 semanas Hasta nuevo aviso

El paciente será reevaluada para revisión de estas recomendaciones en _____ semanas.

Este paciente ha sido diagnosticado con una conmoción cerebral (una lesión cerebral) y actualmente está bajo nuestro cuidado. Rogamos disculpen el paciente de la escuela hoy en día debido a la consulta médica. Flexibilidad y soportes adicionales son necesarios durante la recuperación. Las siguientes son sugerencias de ajustes académicos para ser individualizado para el estudiante que considere apropiada en el entorno escolar. Siéntase libre para aplicar o quitar los ajustes necesarios como la del estudiante los síntomas mejoran o empeoran.

Asistencia

_____ No hay escuela para N niños día(s)
enfermera

_____ La asistencia a la escuela días por semana
_____ Días de escuela completa como tolerada por el
estudiante
_____ Días parcial como tolerada por el estudiante

Se rompe

_____ Permitir al estudiante para ir a la
Si los síntomas aumento de oficina
_____ Permite que el alumno vaya a su casa si
los síntomas
No desaparecen
_____ Permitir que otros se rompe durante el
día escolar como estime necesario y
apropiado por el personal de la escuela

El estímulo visual

_____ Permite que el alumno use gafas de sol y
_____ Notas pre-impresas para la clase material o anotador
_____ Equipo limitado, pantalla de TV, el uso de la pantalla
brillante
_____ Reduzca el brillo en los monitores/pantallas
_____ Cambiar asientos de aula según sea necesario

Estímulo audible

_____ Almuerzo en un lugar tranquilo con un
Evitar la música o las clases de la tienda
Permiten usar taponos para los
oídos cuando sea necesario
_____ permitir transiciones de clase
_____ antes de bell

Carga de trabajo/multitarea

_____ Reducir la cantidad total de hacer el trabajo, clase
_____ Trabajo y deberes

_____ Cuando sea posible, la carga de
trabajo de tarifas

Prueba

_____ Tiempo adicional para completar pruebas
_____ No hay más que una prueba de un día
_____ No hay pruebas estandarizadas hasta _____

_____ Reducir la cantidad de deberes que dan cada noche

_____ Permitir scribe respuesta oral, y oral
Entrega de preguntas, si está disponible

Esfuerzo físico/Atletismo

_____ Ningún esfuerzo
_____ Caminar en la clase de gimnasia sólo
_____ Iniciar protocolo volver a jugar

Recomendaciones adicionales

Síntomas actuales lista (el alumno está observando estos hoy)

_____ Dolor de cabeza	_____ Problemas	_____ La sensibilidad al ruido	_____ Problemas de
_____ Náuseas	_____ Problemas de	_____ Sensación de niebla	_____ Fatiga
_____ Mareos	_____ Sensibilidad a la	_____ Dificultad para	_____ Irritabilidad

El alumno está informando más dificultad con/en

<input type="checkbox"/>	Todos los	<input type="checkbox"/>	Lectura/artes del lenguaje	<input type="checkbox"/>	RelacionIdioma	<input type="checkbox"/>	Matemáticas
<input type="checkbox"/>	Ciencia	<input type="checkbox"/>	Música	<input type="checkbox"/>	Historia	<input type="checkbox"/>	Utilizando
<input type="checkbox"/>	Centrado		Escuchar	<input type="checkbox"/>	Otros: _____		

MD Firma Fecha

Imprimir nombre

**La oficina
número** _____

Yo, _____, dar permiso
para que el Dr. _____ compartir la siguiente
información en la escuela de mi hijo y para que se
produzca la comunicación entre la escuela y el
Dr. _____

A cambio de este plan

Firma de los padres

Fecha

