

# INFORMACIÓN MÉDICA

**NUUESTRA MISIÓN:** YMCA of San Diego County se dedica a mejorar la calidad de la vida humana y a ayudar a todas las personas a alcanzar su máximo potencial como hijos de Dios a través del desarrollo del espíritu, la mente y el cuerpo.



**POR LA FORMACIÓN DE NIÑOS Y JÓVENES®  
POR UNA VIDA SALUDABLE  
POR LA RESPONSABILIDAD SOCIAL**

## INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Teléfono principal ( ) -	<input type="checkbox"/> Teléfono móvil
Correo electrónico principal	<input type="checkbox"/> Correo electrónico personal	<input type="checkbox"/> Correo electrónico familiar

## INFORMACIÓN MÉDICA

Aseguradora o compañía de seguro médico			
Número de seguro o póliza		Número del grupo asegurador	
Hospital preferido			
Nombre en la tarjeta de seguro		Apellido en la tarjeta de seguro	
Nombre del médico de cabecera		Número de teléfono del médico	
Dirección del médico			Sala n.º
Ciudad	Estado	Código postal	Fecha del último examen médico (mm/dd/aaaa)

## ANTECEDENTES MÉDICOS

Operaciones/Tratamientos médicos anteriores	
Actividades exentas	
<input type="checkbox"/> Actualmente toma medicamentos	Nombre/Dosis de medicamentos actuales
¿Para qué afección es el medicamento?	

## FECHAS DE ÚLTIMAS VACUNAS (MM/DD/AAAA)

Fecha:	Varicela	Fecha:	Virus de polio inactivo
Fecha:	Difteria, tétanos y tos ferina	Fecha:	Antimeningocócica
Fecha:	Hepatitis A	Fecha:	Triple vírica (sarampión, rubéola y parotiditis)
Fecha:	Hepatitis B	Fecha:	Vacuna antineumocócica conjugada
Fecha:	Haemophilus influenzae tipo b	Fecha:	Rotavirus

## AFECCIONES A CONSIDERAR

<input type="checkbox"/> Cardiopatía	<input type="checkbox"/> Trastornos hemorrágicos
<input type="checkbox"/> Hospitalización reciente	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática
<input type="checkbox"/> Trastorno por Déficit de Atención/Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad	<input type="checkbox"/> Autismo
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Síndrome de Asperger
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Hipertensión
<input type="checkbox"/> Crisis epilépticas/convulsiones	<input type="checkbox"/> Síndrome de Down
Comentarios generales/Otras	

## ALERGIAS

<input type="checkbox"/> Huevos ( <input type="checkbox"/> Epipen)	<input type="checkbox"/> Trigo/Gluten ( <input type="checkbox"/> Epipen)
<input type="checkbox"/> Leche ( <input type="checkbox"/> Epipen)	<input type="checkbox"/> Soya ( <input type="checkbox"/> Epipen)
<input type="checkbox"/> Maní ( <input type="checkbox"/> Epipen)	<input type="checkbox"/> Picadura de abeja ( <input type="checkbox"/> Epipen)
<input type="checkbox"/> Frutos secos ( <input type="checkbox"/> Epipen)	<input type="checkbox"/> Penicilina ( <input type="checkbox"/> Epipen)
<input type="checkbox"/> Pescado ( <input type="checkbox"/> Epipen)	<input type="checkbox"/> Fiebre del heno ( <input type="checkbox"/> Epipen)
<input type="checkbox"/> Mariscos ( <input type="checkbox"/> Epipen)	
Alergias a otros alimentos	
Otros medicamentos	

## PERSONA AUTORIZADA PARA RECOGER AL MENOR

Persona Autorizada 1	Persona Autorizada 2
Nombre	Nombre
Relación	Relación
Numero de Teléfono	Numero de Teléfono
Persona Autorizada 3	
Nombre	Relación
Numero de Teléfono	

# FORMA DE LIBERACIÓN DE MENORES



**POR LA FORMACIÓN DE NIÑOS Y JÓVENES®  
POR UNA VIDA SALUDABLE  
POR LA RESPONSABILIDAD SOCIAL**

**OUR MISSION:** The YMCA of San Diego County is dedicated to improving the quality of human life and to helping all people realize their fullest potential as children of God through the development of the spirit, mind and body.

## IDENTIFICACIÓN CON FOTOGRAFÍA ES REQUERIDA PARA ADULTOS DE 18 AÑOS O MÁS

<b>EMPLEADO</b>	Identificación Verificada: _____
	Iniciales del Empleado: _____
	Tipo: _____

Nombre del Padre /Tutor Legal:			
Teléfono Principal		Correo Electrónico	
Nombre de los Niños		DOB	Genero
Nombre de los Niños		DOB	Genero
Nombre de los Niños		DOB	Genero
Nombre de los Niños		DOB	Genero
Nombre de los Niños		DOB	Genero
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre de Contacto de Emergencia Alternativo		Teléfono	

## CONVENIO DE LA YMCA DE EXONERACIÓN Y RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD E INDEMNIZACIÓN PARA MENORES DE EDAD

Nombre del (de los) Menor(es)
-------------------------------

El/La suscrito padre/madre/persona con custodia legal/tutela del menor arriba mencionado, doy mi autorización para que el menor participe en todos los programas de la YMCA. El menor está físicamente apto y mentalmente preparado para participar en todas las actividades según se describen en el anuncio del programa.

Como contraprestación para que a dicho menor se le permita la entrada a cualquier sucursal de la YMCA en el Condado de San Diego ("YMCA") a observar, usar las instalaciones y/o el equipo, o que dicho menor de edad participe en cualquier programa, yo, por mi propio derecho (como padre/madre, tutor, entrenador, ayudante, espectador o participante) por el presente:

- Confirmando que (i) he leído este documento, (ii) he inspeccionado las instalaciones y el equipo de la YMCA, (iii) los acepto como seguros y razonablemente aptos para los propósitos previstos y (iv) en forma voluntaria firmo este documento.
- Excepto por la negligencia grave o conducta dolosa por parte de la YMCA, Yo exoneró a la YMCA, a sus directores, funcionarios, empleados y voluntarios (conjuntamente las "Partes Exoneradas") de toda responsabilidad hacia mí o hacia el menor arriba mencionado, por cualquier pérdida o daño a la propiedad o lesión o muerte de la persona, ya sea que dicho daño o lesión resulte de condiciones que surjan de las instalaciones de la YMCA o que surjan o que estén relacionadas con los programas o actividades de la YMCA. YMCA no será responsable de ningún daño que surja por cualquier acto o negligencia de algún otro miembro, ocupante o usuario de las instalaciones de la YMCA o participante en los programas o actividades de la YMCA. Quedo de acuerdo que dicho menor asume toda responsabilidad, y riesgo de, lesión corporal, muerte o daño a la propiedad, excepto por aquellos causados o debido a la negligencia grave o conducta dolosa de la YMCA.
- Me comprometo a no demandar a las Partes Exoneradas por pérdidas, daños, lesiones o muerte descrita arriba y excepto por la negligencia grave o conducta dolosa por parte de la YMCA, indemnizaré, protegeré, defenderé y eximiré de responsabilidad a la YMCA y a sus Partes Exoneradas de y contra cualquier y toda reclamación y/o daño, gravamen, sentencia, multa, honorarios de abogados y consultores, gastos y/o deudas que surjan de, referentes a o en relación con mi membresía en la YMCA, con el uso de las instalaciones de la YMCA y/o con la participación en los programas de la YMCA de mí parte, del mencionado menor o de cualquier otra persona. En caso de presentarse alguna acción o proceso legal en contra de la YMCA debido a cualquiera de los asuntos anteriores, previo aviso y a mi costa, defenderé dicha acción o proceso mediante abogado razonablemente satisfactorio para la YMCA, y la YMCA cooperará conmigo en dicha defensa. No será necesario que la YMCA haya pagado primero la reclamación para poder ser defendida o indemnizada.
- Por el presente autorizo a la YMCA como representante del suscrito, para otorgar consentimiento en relación al referido menor, para la toma de radiografías, diagnóstico o tratamiento anestésico, médico, dental, o quirúrgico, y atención hospitalaria que se considere recomendable por y que deba ser proporcionada bajo la supervisión general o especial de, cualquier médico y cirujano con licencia conforme a las disposiciones de la Ley de Prácticas Médicas de California que formen parte del personal médico de cualquier hospital, ya sea que dicho diagnóstico o tratamiento sea proporcionado en la oficina del médico o en el hospital. Entiendo que la YMCA no será responsable de los costos incurridos por la atención médica.

Mi intención es que este documento sea lo más amplio e integrador posible según lo permitan las leyes del Estado de California; si alguna parte se declara nula, convengo en que el resto continuará vigente y aplicable.

Firma del padre/madre/tutor legal	Fecha
-----------------------------------	-------

## RENUNCIA / CONSENTIMIENTO

Yo, \_\_\_\_\_ doy mi permiso a la YMCA del Condado de San Diego (YMCA) para que usen mi foto o cualquier otro parecido, o cualquier foto o parecido que haya con mis hijos, específicamente, \_\_\_\_\_, en la publicidad general y materiales de campaña de la YMCA.

Firma	Fecha
-------	-------

## EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD DE LA MEMBRESÍA A NIVEL NACIONAL:

"Al participar en el Programa de Membresía Nacional de la YMCA, estoy de acuerdo en liberar al Consejo Nacional de Asociaciones Cristianas de Jóvenes de los Estados Unidos de América y sus asociaciones independientes y autónomas en los Estados Unidos y Puerto Rico de reclamaciones de negligencia por lesiones corporales o muerte en conexión con el uso de las instalaciones de la YMCA, y de cualquier responsabilidad por otras reclamaciones, incluyendo la pérdida de elementos personales, hasta el máximo alcance de la ley."

Firma	Fecha
-------	-------

## YMCA DEL CONDADO DE SAN DIEGO CÓDIGO DE CONDUCTA

La YMCA del Condado de San Diego está dedicada a proporcionar un ambiente seguro y acogedor para todos los miembros e invitados. La YMCA es una organización abierta a todas las personas. Damos la bienvenida y valoramos individuos de todas las edades, razas, etnias, religiones, identidades de género, habilidades, orientaciones sexuales y circunstancias financieras. Estamos comprometidos a tener programas y servicios que abarquen la diversidad, reflejando las personas y las necesidades de nuestras comunidades.

Para promover la seguridad, se pide a todas las personas que actúen adecuadamente y sigan las reglas / directrices en todo momento dentro de nuestras instalaciones o cuando participen en nuestros programas. Esperamos que las personas que usen la YMCA actúen con madurez, se comporten responsablemente y respeten los derechos y la dignidad de los demás. Cualquier persona que presencie un comportamiento que va en contra de este código de conducta deberá ser inmediatamente reportado a los empleados del YMCA. Las siguientes acciones que se enumeran a continuación son comportamientos considerados inapropiados en nuestras instalaciones y programas, por lo que no están permitidos. Tenga en cuenta que esta lista no es exhaustiva.

- Uso o posesión de productos químicos ilegales (drogas) en la propiedad de la YMCA, en vehículos de la YMCA y en programas patrocinados por Y
- Fumar en la propiedad del YMCA
- Llevar un arma escondida o cualquier dispositivo u objeto que pueda ser usado como un arma para hacer daño a otra persona no está permitido en la propiedad a menos que sea portado por una persona activa calificada y/ o un agente del orden retirado
- Acoso o intimidación por palabras, gestos, lenguaje corporal o cualquier tipo de comportamiento amenazador
- Contacto físico con otra persona de una manera agresiva o amenazante
- Comportamiento verbalmente abusivo u ofensivo-incluyendo lenguaje vulgar, insultos o gritos
- Conversación y comportamiento sexualmente explícitos
- Cualquier tipo de contacto sexual con otra persona
- Vestimenta inapropiada, indecente o sexualmente reveladora
- Robo o comportamiento que resulte en la pérdida o destrucción de propiedad
- Merodeando la propiedad del YMCA
- Fotografía con el teléfono celular o fotografía no autorizada de las instalaciones, miembros o participantes
- No se permiten mascotas en la propiedad del Y a menos que sean animales de servicio para ayudar a los miembros

La YMCA realiza regulares chequeos de delincuencia sexual a todos los miembros, participantes e invitados. Si se produce un delito de delincuencia sexual, el YMCA se reserva el derecho de cancelar la membresía, finalizar la participación en el programa y eliminar el acceso a la visita.

La suspensión o cancelación de los privilegios de la membresía del YMCA puede resultar si el Director Ejecutivo determina que se ha producido una violación del Código de Conducta.

Firma del Adulto	Fecha
------------------	-------

## PARTICIPANTES DEL PROGRAMA

### TRANSFERENCIA-COMPROBANTE- POLÍTICA DE REEMBOLSO

El propósito de Transferencia-Comprobante- Política de Reembolso permite que la YMCA proporcione programas y clases de calidad, apropiadas, y proporcionadas, mientras mantienen la flexibilidad con los miembros y participantes del programa. Todas las solicitudes están sujetas a la aprobación del director y tardan entre 3-5 días laborables para la aprobación.

**Antes del día de inicio del programa:** **Voucher/reembolso por un valor del 100%** menos el depósito del programa, costos de los uniformes o costos del proveedor si aplica

**En o después del día de inicio del programa:** **Voucher/reembolso por un valor del 75%** menos el depósito del programa, costos de uniforme o costos de los vendedores si aplica

**En o después del segundo día inicio del programa:** **No aplica voucher/reembolso.** Total of 0%.

Firma del Adulto	Fecha
------------------	-------

**YMCA DEL CONDADO DE SAN DIEGO**  
**PERMISO PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS**



**POR LA FORMACIÓN DE NIÑOS Y JÓVENES®  
 POR UNA VIDA SALUDABLE  
 POR LA RESPONSABILIDAD SOCIAL**

**NUESTRA MISIÓN:** La YMCA del Condado de San Diego se dedica a mejorar la calidad de la vida humana y a ayudar a todas las personas a alcanzar su máximo potencial como hijos de Dios a través del desarrollo del espíritu, la mente y el cuerpo.

Los medicamentos deben estar en su envase original con la etiqueta de la receta intacta. Solo el personal de la YMCA podrá suministrar dichos medicamentos. Solo podremos suministrar los medicamentos según se describe por escrito en la etiqueta.

**Este acuerdo debe firmarse antes de que el personal de la YMCA pueda suministrar medicamentos.**

**INFORMACIÓN DEL NIÑO**

Nombre del niño		Edad
Programa en el que está inscrito		
Nombre del médico del niño	Teléfono del médico	

**INFORMACIÓN SOBRE MEDICAMENTOS**

Nombre del medicamento				¿Debe refrigerarse? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dosis		Hora del día		Cantidad de días	

**CONSENTIMIENTO DEL PADRE O TUTOR PARA QUE EL PERSONAL DE LA YMCA ADMINISTRE LOS MEDICAMENTOS**

Otorgo permiso a la YMCA para que administre los medicamentos anteriores a mi hijo/hija	
Firma del padre o tutor	Fecha
Firma del supervisor de sede de la YMCA	Fecha

**REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS (EXCLUSIVAMENTE PARA USO DE LA YMCA)**

Fecha en que se administró	Hora en que se administró	Administrado por: Firma del personal

# FORMULARIO DE ATENCIÓN MÉDICA

**NUESTRA MISIÓN:** La YMCA del Condado de San Diego se dedica a mejorar la calidad de la vida humana y a ayudar a todas las personas a alcanzar su máximo potencial como hijos de Dios a través del desarrollo del espíritu, la mente y el cuerpo.



**POR LA FORMACIÓN DE NIÑOS Y JÓVENES®  
POR UNA VIDA SALUDABLE  
POR LA RESPONSABILIDAD SOCIAL**

**Esta sección debe completarse si actualmente se encuentra bajo atención médica o si marcó una afección médica con \*asterisco en el formulario anterior.**

Solo se requiere una autorización del médico por escrito si el campista tiene antecedentes de asma, cardiopatía, convulsiones, diabetes, ha estado hospitalizado recientemente o se encuentra bajo cuidado médico actualmente. Si es así, complete esta sección.

## EXAMEN MÉDICO DE UN MÉDICO AUTORIZADO

Nombre del niño		Nacimiento (mm/dd/aaaa)		Sexo	
Nombre del padre					
Debido a los antecedentes médicos de este campista, hemos solicitado que la autorización médica se entregue antes de asistir al campamento de la YMCA. Tenga en cuenta que el campamento se lleva a cabo en entornos de montaña (elevación de 4300 pies) o a orillas del océano. Los programas son muy activos con excursionismo arduo, juegos, natación, navegación y actividades de campamento. Se apreciará su detenida consideración.					
<input type="checkbox"/> He examinado al niño que se menciona en este formulario en los últimos dos años.				Fecha del examen (mm/dd/aaaa)	
<input type="checkbox"/> Luego de la examinación y la revisión de su historia médica, considero que esta persona se encuentra físicamente capaz de participar en actividades de campamento, excepto que a continuación se indique lo contrario.					
Peso		Altura		Presión arterial	
¿El solicitante se encuentra bajo el cuidado de un médico por alguna afección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si la respuesta es "sí", explique:					
¿Hay actividades específicas que se recomienden o deban limitarse por consejo del médico?					
¿Algún plan de comidas médicamente recetadas o alguna restricción alimenticia?					
¿Algún tratamiento o medicamento que deba continuarse en el campamento (suministre dosis específicas)?					
¿Alguna alergia? (Alimentos, fármacos, plantas, insectos, etc.).					
Información médica adicional:					
<b>INFORMACIÓN DEL MÉDICO</b>					
Dirección				Teléfono	
Ciudad		Estado	Código postal	Correo electrónico	
Fecha en que se completó el formulario (mm/dd/aaaa)			Completado por:		
<b>FIRMA</b>					
Firma del médico				Fecha	

## CAMPAMENTOS NOCTURNOS DE LA YMCA - MARSTON | SURF | RAIN TREE

PO Box 2440 Julian, CA 92036  
Tel. (760)765-0642 Fax (760)765-0183  
camp@ymca.org http://www.ymca.org/camp

# PHYSICIAN'S CARE FORM

**OUR MISSION:** The YMCA of San Diego County is dedicated to improving the quality of human life and to helping all people realize their fullest potential as children of God through the development of the spirit, mind and body.



**FOR YOUTH DEVELOPMENT®  
FOR HEALTHY LIVING  
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY**

**This section to be completed if currently under a doctor's care or \*asterisk-health condition is checked on previous form.**

A doctor's written authorization is only required if the camper has a history of asthma, heart defect/disease, seizures, diabetes, has been recently hospitalized, or is currently under a doctor's care. If so, complete this section.

## HEALTH EXAMINATION BY LICENSED PHYSICIAN

Child's Name		birth (mm/dd/yyyy)		Sex
Parent's Name				
Because of this camper's medical history, we have asked that your written authorization be provided prior to their attendance at YMCA Camp. Please realize that camp is held at either mountain (4300 feet elevation) or oceanfront settings. The programs are very active with strenuous hiking, games, swimming, surfing, and camp activities. Your careful consideration is appreciated.				
<input type="checkbox"/> I have examined the child named on this form within the past two years.			Date of Exam (mm/dd/yyyy)	
<input type="checkbox"/> After examination and my review of his/her health history, it is my opinion that this person is physically able to engage in camp activities, except as noted below.				
Height		Weight		Blood Pressure
Is the applicant under the care of a physician for any conditions? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
If yes, please explain:				
Any specific activities to be encouraged or limited by physician's advice?				
Any medically prescribed meal plan or dietary restrictions?				
Any treatment or medications to be continued at camp (please give specific dosages)?				
Any allergies? (Food, drugs, plants, insects, etc)				
Additional health information:				
<b>PHYSICIAN INFORMATION</b>				
Address			Phone	
City		State	Zip	Email
Date Form Completed (mm/dd/yyyy)		Completed by:		
<b>SIGNATURE</b>				
Physician Signature				Date

## YMCA OVERNIGHT CAMPS - MARSTON | SURF | RAINTREE

PO Box 2440 Julian, CA 92036

T (760)765-0642 F (760)765-0183

E camp@ymca.org W <http://www.ymca.org/camp>

## **YMCA of San Diego County Concussion Compliance Protocol**

Youth sports organizations, like the YMCA, must comply with state mandated “youth sports concussion protocols”. The YMCA will comply with the state requirements stated below in accordance with the practices and procedures set forth for each requirement.

### **Registration of youth programs and information process for parents and youth participants**

Upon registering for a YMCA youth program, staff shall provide concussion and head injury information sheet to all YMCA youth participants and members (“athletes”), their parents, YMCA youth program coaches and administrators<sup>1</sup>.

The information sheet covers the following:

- a. Head injuries and their potential consequences.
- b. Signs and symptoms of a concussion.
- c. Best practices for removing an athlete after a suspected concussion.
- d. Steps for returning an athlete after a concussion of head injury.

After the initial distribution of Concussion Information Sheets, before any athlete can start the season and begin practice in a sport, a Concussion Information Sheet must be signed and returned to the YMCA by the athlete **and** the parent/guardian. See attachment 1- [YMCA Concussion Information Sheet](#). Additional Concussion and Head Injury information can be accessed here and online at YMCA.org.

#### **For Youth Athletes**

[Fact Sheet for Youth Athletes ages 11-13](#)

[Fact Sheet for Youth Athletes ages 14-18](#)

#### **For Parents**

[Fact Sheet for Youth Sports Parents](#)

[Concussion Card for Parents](#)

Parents and athletes should review and understand the return to play requirements.

### **Training and Education for Coaches and Administrators**

The YMCA will provide concussion/head injury education and training to youth coaches and administrators, before being allowed to supervise an athlete.

#### **Education**

YMCA youth program coaches and administrators shall receive written materials and annual training regarding concussions and head injuries before supervising athletes in any sports activity.

The written materials shall be provided to YMCA youth program coaches and administrators, prior to the supervision of a youth program, and include information about concussions and head injuries.

---

<sup>1</sup> For purposes of this document “coaches and administrators” is defined as both employees and volunteers who perform duties within this capacity.

## [Fact Sheet for Youth Sports Coaches](#)

### [Signs & Symptoms – Action Plan](#)

#### **Training**

An acceptable online training course may be accessed [here](#). There is no cost to register or receive this training. A certificate of completion must be sent to the supervising manager of the program.

#### **Procedures for athletes suspected/diagnosed with a concussion/head injury**

Athletes who have a suspected concussion during a practice or game must be removed from the activity immediately and may not return to that program for the remainder of the day.

Parents/guardians must be notified of time/date of the injury, symptoms observed and any treatment provided to the athlete. See attachment 2- [YMCA Acute Concussion Notification Form for Parents/Guardians](#)

An athlete removed because of a suspected concussion must receive written clearance from a medical doctor trained in the management of concussions before returning to the YMCA.

Athletes should consult with their medical professional before returning to any sports or physical activities. A return to play to full competition must be completed no sooner than 7 days after the concussion diagnosis has been made by a licensed healthcare provider.

**Before returning to competition in a YMCA athletic program, the concussion symptoms should be completely gone and the athlete must provide a written medical clearance from a licensed healthcare provider trained in the evaluation and management of concussions.**



Attachment 1  
**YMCA Concussion Information Sheet**

**Why am I getting this information sheet?**

You are receiving this information sheet about concussions because of California state law Assembly Bill No. 2007.

1. *The law requires athletes participating in youth sports organizations, who may have a concussion during a practice or game to be removed from the activity for the remainder of the day.*
2. *Any athlete removed for this reason must receive a written note from a medical doctor trained in the management of concussion before returning to practice.*
3. *Before an athlete can start the season and begin practice in a sport, a concussion information sheet must be signed and returned to the organization by the athlete and the parent or guardian.*

Every year all coaches and their administrators are required to receive training about concussions.

**What is a concussion and how would I recognize one?**

A concussion is a kind of brain injury. It can be caused by a bump or hit to the head, or by a blow to another part of the body with the force that shakes the head. Concussions can appear in any sport, and can look differently in each person.

*Most concussions get better with rest and over 90% of athletes fully recover.* However, all concussions should be considered serious. If not recognized and managed the right way, they may result in problems including brain damage and even death.

*Most concussions occur without being knocked out.* Signs and symptoms of concussion may show up right after the injury or can take hours to appear. If your child reports any symptoms of concussion or if you notice some symptoms and signs, seek medical evaluation from your team's athletic trainer and a medical doctor trained in the evaluation and management of concussion. If your child is vomiting, has a severe headache, or is having difficulty staying awake or answering simple questions, call 911 to take him or her immediately to the emergency department of your local hospital.

**What can happen if my child keeps playing with concussion symptoms or returns too soon after getting a concussion?**

*Athletes with the signs and symptoms of concussion should be removed from play immediately. There is NO same day return to play for a youth with a suspected concussion.* Youth athletes may take more time to recover from concussion and are more prone to long-term serious problems from a concussion.

Even though a traditional brain scan (e.g., MRI or CT) may be "normal", the brain has still been injured. Research studies show that a second blow before the brain has recovered can result in serious damage to the brain. If your athlete suffers another concussion before completely recovering from the first one, this can lead to prolonged recovery (weeks to months), or even to severe brain swelling (Second Impact Syndrome) with devastating consequences.

There is an increasing concern that head impact exposure and recurrent concussions may contribute to long-term neurological problems. One goal of this concussion program is to prevent a too early return to play so that serious brain damage can be prevented.

**Signs observed by teammates, parents and coaches include:**

<ul style="list-style-type: none"><li>• Looks dizzy</li><li>• Looks spaced out</li><li>• Confused about plays</li><li>• Forgets plays</li><li>• Is unsure of game, score, or opponent</li><li>• Moves clumsily or awkwardly</li><li>• Answers questions slowly</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Slurred speech</li><li>• Shows a change in personality or way of</li><li>• Can't recall events before or after the injury</li><li>• Seizures or has a fit</li><li>• Any change in typical behavior or</li><li>• personality</li></ul>
--	---

**Symptoms may include one or more of the following:**

<ul style="list-style-type: none"><li>• Headaches</li><li>• "Pressure in head"</li><li>• Nausea or throws up</li><li>• Neck pain</li><li>• Has trouble standing or walking</li><li>• Blurred, double, or</li><li>• fuzzy vision</li><li>• Bothered by light or</li><li>• Feeling foggy or groggy</li><li>• Drowsiness</li><li>• Change in sleep patterns</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Loss of memory</li><li>• "Don't feel right"</li><li>• Tired or low energy</li><li>• Sadness</li><li>• Nervousness or feeling on edge</li><li>• Irritability</li><li>• More emotional</li><li>• Confused</li><li>• Concentration or memory problems</li><li>• Repeating the same question/comment</li></ul>
--	--

**How is Return to Play (RTP) determined?**

Concussion symptoms should be completely gone before returning to competition. RTP progression involves a gradual, step-wise increase in physical effort, sports-specific activities and the risk for contact. If symptoms occur with activity, the progression should be stopped. If there are no symptoms the next day, exercise can be restarted at the previous stage.

RTP after concussion should occur only with medical clearance from a medical doctor trained in the evaluation and management of concussions, and a step-wise progression program monitored by an athletic trainer or coach, For your reference, a Return to Play plan is available at the YMCA office or online at YMCA.org. RTP for full competition must be no sooner than 7 days after the concussion diagnosis has been made by a physician.

**Final Thoughts for Parents and Guardians:**

*It is well known that youth athletes will often not talk about signs of concussions, which is why this information sheet is so important to review with them.* Teach your child to tell the coaching staff if he or she experiences such symptoms, or if he or she suspects that a teammate has had a concussion. You should also feel comfortable talking to the coaches or athletic trainer about possible concussion signs and symptoms that you may be seeing in your child.

**References:**

- American Medical Society for Sports Medicine position statement: concussion in sport (2013)
- Consensus statement on concussion in sport: the 4th International Conference on Concussion in Sport held in Zurich, November 2012
- <http://www.cdc.gov/concussion/HeadsUp/youth.html>

For current and up-to-date information on concussions you can visit:

<http://www.cdc.gov/concussion/HeadsUp/youth.html>

I acknowledge that I have received and read the YMCA Concussion Information Sheet.

\_\_\_\_\_  
Student-Athlete Name  
Printed

\_\_\_\_\_  
Student-Athlete  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Parent or Legal Guardian  
Printed

\_\_\_\_\_  
Parent or Legal Guardian  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

Attachment 2

**YMCA Concussion Notification Form for Parents/Guardians**

**PARENT'S NAME:** \_\_\_\_\_ **ATHLETE'S NAME:** \_\_\_\_\_

**FACILITY:** \_\_\_\_\_ **DATE:** \_\_\_\_\_

<b><i>Signs and symptoms exhibited include (check all that apply):</i></b>	
<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Can't recognize people or places
<input type="checkbox"/> Seizure (uncontrolled jerking of arms/legs)	<input type="checkbox"/> Looks very drowsy/Can't be awakened
<input type="checkbox"/> Weakness or numbness of arms/legs	<input type="checkbox"/> Increased confusion and/or irritability
<input type="checkbox"/> Repeated vomiting	<input type="checkbox"/> Unusual behavior
<input type="checkbox"/> Loss of consciousness	<input type="checkbox"/> Slurred speech
<input type="checkbox"/> Lack of balance/unsteadiness on feet	<input type="checkbox"/> Drainage of blood/fluid from ears or nose
<input type="checkbox"/> Changes in vision (double, blurry vision)	<input type="checkbox"/> Loss of bowel and/or bladder control
Other signs and symptoms:	

**TREATMENT PROVIDED:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

I have read and reviewed the information provided by the YMCA. I understand that my child will need medical clearance prior to returning to the YMCA.

Date: \_\_\_\_\_ Athlete's name: \_\_\_\_\_

Parent's name: \_\_\_\_\_ Parent signature: \_\_\_\_\_

Once reviewed and signed by the parents, cut the top portion and give this information to the parent. The signed section remains with the YMCA. Attach the signed section to a completed incident report.