

# Herramienta de diagnóstico SAFE Student: grados 6 a 12

Los alumnos a quienes se envía a educadores o enfermeras de la escuela para recibir asistencia por problemas académicos, físicos o conductuales, a veces tienen un historial de posibles lesiones cerebrales. La herramienta de diagnóstico SAFE Student brinda información para ayudar a los educadores a desarrollar e implementar las adaptaciones y los servicios adecuados.

**¡Completar este formulario no constituye un diagnóstico de lesión cerebral!  
Si tiene inquietudes sobre lesión cerebral, comuníquese con su médico o con un educador.**

Nombre de/la alumno(a):		Fecha de nacimiento del/la alumno(a):	Fecha de hoy:
Su parentesco con el/la alumno(a):		Sexo del/la alumno(a): <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Grado del/la alumno(a): 6 7 8 9 10 11 12
Raza del/la alumno(a): <input type="checkbox"/> Afroamericana <input type="checkbox"/> Caucásica <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> Nativa americana <input type="checkbox"/> Otra _____			
¿El/la alumno(a) recibe actualmente servicios de educación especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuál es la verificación de discapacidad del/la alumno(a)? _____			
<b>Enfermedades (Sickness)</b>	¿Ha tenido el/la alumno(a) convulsiones, fiebre alta (más de 104 °F), infección cerebral o de la médula espinal (p. ej., meningitis o encefalitis) u otra enfermedad grave que afecte al cerebro?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuántas veces? _____
<b>Accidentes (Accidents)</b>	¿Alguna vez el/la alumno(a): estuvo en un accidente automovilístico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No tuvo una experiencia cercana al ahogamiento o a la sofocación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No dejó de respirar durante un minuto o más? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No estuvo expuesto a una toxina (p. ej., plomo, monóxido de carbono)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sufrió un golpe en la cabeza (p. ej., lesión deportiva o agresión)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuántas veces? _____
<b>Caídas (Falls)</b>	¿Ha sufrido el/la alumno(a) una caída importante que tuviera como consecuencia un golpe en la cabeza (p. ej., de una escalera, durante un evento deportivo o al andar en una bicicleta o motocicleta)?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuántas veces? _____
<b>Sala de emergencias (Emergency Room)</b>	¿Ha necesitado el/la alumno(a) atención médica de emergencia por desorientación, pérdida de conocimiento o un golpe en la cabeza?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuántas veces? _____
		¿Cuál es el número total de posibles lesiones del/la alumno(a)?	Total _____
<b>Conductas del/la alumno(a) (Student Behaviors)</b>	Si respondió <b>SÍ</b> a cualquiera de las preguntas anteriores, ¿ha notado alguna de las siguientes conductas en el/la alumno(a) a partir del incidente? Marque todas las que correspondan:  <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz o al sonido <input type="checkbox"/> Velocidad de procesamiento lenta <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes, cambios en la visión o zumbido en los oídos <input type="checkbox"/> Dificultad para aprender nuevos conocimientos o pérdida de habilidades académicas que antes dominaba <input type="checkbox"/> Menor rendimiento físico o coordinación <input type="checkbox"/> Cambios en las interacciones sociales, inmadurez o egocentrismo <input type="checkbox"/> Impulsividad o irresponsabilidad <input type="checkbox"/> Apatía o pérdida de interés por actividades de recreación o escolares que anteriormente disfrutaba <input type="checkbox"/> Tristeza, ansiedad, crisis emocionales o cambios de humor <input type="checkbox"/> Problemas con ___ la atención, ___ la organización, ___ la concentración, ___ la memoria, ___ las tareas múltiples, ___ el inicio o la finalización de tareas ___ o la resolución de problemas (marque todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Falta de energía o cansancio rápido <input type="checkbox"/> Otra _____		

El desarrollo de la **Herramienta de diagnóstico SAFE Student** recibió apoyo, en parte, de la Subvención #H21MCO6758 de la Asociación para la Implementación sobre Traumatismo Craneoencefálico (TBI Implementation Partnership Grant) de la Oficina de Salud de la Madre y el Niño (Maternal and Child Health Bureau) de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources and Services Administration) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services (DHHS)). Los autores asumen totalmente la responsabilidad del contenido y este no representa necesariamente la perspectiva oficial del DHHS. Entre los autores, se incluyen miembros del Grupo Operativo para Menores del Consejo Asesor de Nebraska sobre Lesiones Cerebrales (Task Force on Children and Youth of the Nebraska Brain Injury Advisory Council). **Este material es de dominio público. Reproducir y distribuir ampliamente.** **Julio de 2013**