



Joliet Public Schools District 86

Return to Learn Medical Form

Patient Name/ Student Name: _____

Date of Evaluation: _____

Provider Location: _____

Provider's Name (Print): _____

Provider's Signature: _____

This patient has been diagnosed with a **concussion** and is currently under our care. It is suggested that the following recommendations be implemented to avoid increasing concussion symptoms and delaying recovery.

Please allow the following recommendations from _____ thru _____

Attendance

- ☐ No school for _____ school day(s)
- ☐ Part time attendance for _____ school day(s) as tolerated
- ☐ Full school days as tolerated
- ☐ Tutoring homebound/ in school as tolerated
- ☐ No school until symptom free or significant decrease in symptoms

Visual Stimulus

- ☐ Allow student to wear sunglasses in school
- ☐ Pre-printed notes for class material or a note taker
- ☐ No SMART boards, projectors, computers, TV screens or other bright screens
- ☐ Enlarged font when possible

Workload/ Multi-Tasking

- ☐ Reduce overall amount of make-up work, classwork and homework when possible
- ☐ No homework
- ☐ Limit homework to _____ minutes a night
- ☐ Prorate workload when possible

Physical Exertion

- ☐ No physical exertion/ athletics/ gym
- ☐ Begin Return to Play protocol prior to returning to gym or athletics

Current Symptom List (the patient is complaining of)

- | | |
|--|---|
| ☐ Headache | ☐ Difficulty concentrating |
| ☐ Visual Problems | ☐ Difficulty remembering |
| ☐ Dizziness | ☐ Feeling slowed down |
| ☐ Nausea | ☐ Feeling mental fog |
| ☐ Fatigue | ☐ Balance problems |

Breaks

- ☐ Allow students to go to the nurse's office if symptoms increase
- ☐ Allow student to go home if symptoms do not subside

Audible Stimulus

- ☐ Allow student to leave class 5 minutes early to avoid noisy hallway
- ☐ Lunch in a quiet place
- ☐ Audible Learning (discussions, reading out loud, if possible text to speech programs or tablet)

Testing

- ☐ No testing
- ☐ Extra time to complete tests
- ☐ No more than one test a day
- ☐ Oral testing
- ☐ Open book testing

Additional Recommendations

- | | |
|---|---|
| ☐ Sensitivity to light | ☐ Trouble falling asleep |
| ☐ Sensitivity to noise | ☐ Drowsiness |
| ☐ Feeling more emotional | ☐ Sleeping less than usual |
| ☐ Irritability | ☐ Sleeping more than usual |

The patient has been scheduled for a follow-up medical appointment and revision of recommendations on _____



Joliet Public Schools District 86

Forma Médica de Regreso al Aprendizaje

Nombre del Padre/ Nombre del Estudiante: _____

Fecha de la evaluación: _____

Localización del Proveedor: _____

Nombre del Proveedor: _____

Firma del Proveedor: _____

Este paciente ha sido diagnosticado con una conmoción cerebral y se encuentra actualmente bajo nuestro cuidado. Se sugiere que las siguientes recomendaciones sean implementadas para evitar el aumento de síntomas de conmoción cerebral y retrasar la recuperación.

Por favor, permitir que las siguientes recomendaciones de _____ asta _____

Attendance

- ☐ No clases para _____ día(s) escolares
- ☐ Asistencia a tiempo parcial _____ día(s) escolares si toleradas
- ☐ Días de clases completo según la tolerancia
- ☐ Tutoría en casa/ si tolerada en la escuela
- ☐ No escuela hasta que no tenga síntomas o disminución de síntomas

Estímulo Visual

- ☐ Permitir al estudiante usar gafas dentro la escuela
- ☐ Notas reimpresas para el material de clase o un tomador de notas
- ☐ No pizarras SMART, proyectores, ordenadores, pantallas de televisión u otras pantallas brillantes
- ☐ Letras engrandecidas cuando posible

Carga de Trabajo/Multitarea

- ☐ Reducir la cantidad total de compensación de trabajo, el trabajo en clase y las tareas cuando sea posible
- ☐ No tarea
- ☐ Tarea limitada a _____ minutos por noche
- ☐ Prorratear la carga de trabajo cuando sea posible

Esfuerzo físico

- ☐ No esfuerzo el físico / atletismo / gimnasio
- ☐ Empezar el protocolo de retorno a Juego antes de volver al gimnasio o atletismo

Lista de síntomas actual (el paciente se queja de)

- | | | | |
|---|--|--|--|
| ☐ Dolor de Cabeza | ☐ Dificultad para concentrarse | ☐ Sensibilidad a la luz | ☐ Problemas para dormir |
| ☐ Problemas visuales | ☐ Dificultad para recordar | ☐ Sensibilidad al ruido | ☐ Somnolencia |
| ☐ Mareo | ☐ Sensación de lentitud | ☐ Se siente más emocional | ☐ Dormir menos de lo habitual |
| ☐ Náusea | ☐ Sensación de confusión mental | ☐ Irritabilidad | ☐ Dormir más de lo habitual |
| ☐ Fatiga | ☐ Problemas de equilibrio | | |

Descansos

- ☐ Permita que los estudiantes vayan a la oficina de la enfermera si los síntomas aumentan
- ☐ Deje que el estudiante se vaya a casa si los síntomas no desaparecen

Estímulo Audible

- ☐ Deje estudiante salir de clase 5 minutos temprano para evitar pasillo ruidoso
- ☐ Almorzar en un lugar tranquilo
- ☐ Aprendizaje audible (discusiones, la lectura en voz alta, si es posible texto para los programas de voz o tableta)

Exámenes

- ☐ No exámenes
- ☐ Tiempo adicional para completar las pruebas
- ☐ No más de una prueba por día
- ☐ Prueba oral
- ☐ Pruebas de libro abierto

Recomendaciones adicionales

El paciente ha sido programado para una cita médica de seguimiento y revisión de las recomendaciones para _____