

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

# Escala de Síntomas Post-Conmoción (Concussion Grading Scale - Spanish)

*La evaluación es una medida de los síntomas percibidos asociados con la conmoción cerebral hoy. El atleta debe informar su experiencia "actual" de los síntomas. Esto permite el seguimiento de los síntomas por unas días o una semana o más tiempo.*

**Instrucciones: Por favor, califica por ti mismo, sobre los siguientes síntomas, cómo te sientes ahora mismo. 0 significa nada hoy. 6 significa que han experimentado graves problemas con este síntoma hoy.**

Fecha de la evaluación (Exam date)							
Fecha de la lesión (Injury date)							
<b>SÍNTOMA</b>	<b>Nada</b>	<b>Leve</b>		<b>Moderado</b>		<b>Grave</b>	
Dolor de cabeza	0	1	2	3	4	5	6
Náuseas	0	1	2	3	4	5	6
Vómitos	0	1	2	3	4	5	6
Problemas de equilibrio	0	1	2	3	4	5	6
Mareos	0	1	2	3	4	5	6
Fatiga o falta de energía	0	1	2	3	4	5	6
Problemas para quedarse dormido	0	1	2	3	4	5	6
Dormir más de lo usual	0	1	2	3	4	5	6
Dormir menos de lo usual	0	1	2	3	4	5	6
Somnolencia	0	1	2	3	4	5	6
Sensibilidad a la luz	0	1	2	3	4	5	6
Sensibilidad al ruido	0	1	2	3	4	5	6
Irritabilidad	0	1	2	3	4	5	6
Tristeza	0	1	2	3	4	5	6
Nervioso	0	1	2	3	4	5	6
Más emocional	0	1	2	3	4	5	6
Entumecimiento o hormigueo	0	1	2	3	4	5	6
Sentirse lento	0	1	2	3	4	5	6
Confusión	0	1	2	3	4	5	6
Problemas de concentración	0	1	2	3	4	5	6
Problemas de memoria	0	1	2	3	4	5	6
Visión borrosa o doble	0	1	2	3	4	5	6
<b>GRAND TOTAL OF ALL SYMPTOMS:</b>							