

Paquete ADHD

Introducción

- Enfermeras de triaje le dirigirán a **salempediatricclinic.com** para imprimir formularios que el padre/madre y maestro(a) necesitarán llenar.
- El padre / la madre llenará "Informante de Padres" y "Entrevista ADHD de Padres".
- El maestro(a) llenará "Informante de Maestros".
- Hay que devolver todos formularios a la Clínica Pediátrica de Salem.
- Su proveedor revisará las evaluaciones cumplidas.
- Una recepcionista le llamará para hacer una cita después de que su proveedor revise los formularios cumplidos.



Salem Pediatric Clinic
La Clínica Pediátrica de Salem

2478 13th Street SE
Salem, Oregon 97302
503-362-2481 · Phone
503-371-7803 · Fax
SalemPediatricClinic.com

Escala de evaluación Vanderbilt de NICHQ: informante de padres

Fecha de hoy: _____

Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento del niño: _____

Nombre del padre o la madre: _____

Número de teléfono del padre o la madre: _____

Instrucciones: Cada calificación debe tenerse en cuenta en el contexto de lo que resulta adecuado para la edad de su hijo. Cuando complete este formulario, piense en las conductas de su hijo en los últimos 6 meses.

¿Esta evaluación se basa en un tiempo en el que el niño

estaba medicado? no estaba medicado? no está seguro?

Síntomas	Nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo	
1. No presta atención a los detalles o comete errores de descuido con, por ejemplo, la tarea	0	1	2	3	
2. Tiene dificultad para prestar atención a lo que debe hacerse	0	1	2	3	
3. Parece no escuchar cuando se le habla directamente	0	1	2	3	
4. No obedece cuando le dan instrucciones y no termina las actividades (no porque se niegue ni porque no entienda)	0	1	2	3	
5. Tiene dificultad para organizar tareas y actividades	0	1	2	3	
6. Evita, le disgusta o no quiere comenzar tareas que requieren de un esfuerzo mental constante	0	1	2	3	
7. Pierde las cosas necesarias para las tareas o las actividades (juguetes, trabajos, lápices, libros)	0	1	2	3	
8. Se distrae fácilmente por ruidos u otros estímulos	0	1	2	3	
9. Es olvidadizo en las actividades cotidianas	0	1	2	3	Uso de la Oficina _____/9
10. Juguetea con las manos o los pies o se retuerce en el asiento	0	1	2	3	
11. Se levanta de su asiento cuando se espera que permanezca sentado	0	1	2	3	
12. Corre por todas partes o escala demasiado cuando se espera que permanezca sentado	0	1	2	3	
13. Tiene dificultad para jugar o comenzar actividades de juegos tranquilos	0	1	2	3	
14. Con frecuencia no se detiene, o actúa como si estuviera "impulsado por un motor"	0	1	2	3	
15. Habla demasiado	0	1	2	3	
16. Lanza las respuestas antes de haber terminado las preguntas	0	1	2	3	
17. Tiene dificultad para esperar su turno	0	1	2	3	
18. Interrumpe o se entromete en las conversaciones o actividades de los demás	0	1	2	3	Uso de la Oficina _____/9



Síntomas (continuación)	Nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo		
19. Discute con los adultos	0	1	2	3		
20. Pierde la paciencia	0	1	2	3		
21. Desafía en forma activa o se niega a obedecer los pedidos o las reglas de los adultos	0	1	2	3		
22. Molesta a la gente deliberadamente	0	1	2	3		
23. Culpa a otros por sus errores o mala conducta	0	1	2	3		
24. Es sensible o se molesta fácilmente con los demás	0	1	2	3		
25. Se muestra enojado o resentido	0	1	2	3		
26. Es rencoroso y busca vengarse	0	1	2	3	Uso de la Oficina _____/8	
27. Bravuconea, amenaza o intimida a los demás	0	1	2	3		
28. Inicia peleas físicas	0	1	2	3		
29. Miente para librarse de problemas o para evitar obligaciones (p. ej. "tíma" a los demás)	0	1	2	3		
30. Falta a clases sin autorización	0	1	2	3		
31. Es físicamente cruel con las personas	0	1	2	3		
32. Ha robado cosas de valor	0	1	2	3		
33. Destruye deliberadamente las cosas de los demás	0	1	2	3		
34. Ha usado un arma que puede causar daños graves (bate, cuchillo, ladrillo, revólver)	0	1	2	3		
35. Es físicamente cruel con los animales	0	1	2	3		
36. Ha provocado incendios a propósito para causar daño	0	1	2	3		
37. Ha entrado sin permiso a casas, negocios o automóviles de otras personas	0	1	2	3		
38. Se ha quedado fuera durante la noche sin permiso	0	1	2	3		
39. Ha huido de casa durante la noche	0	1	2	3		
40. Ha obligado a alguien a involucrarse en actividades sexuales	0	1	2	3	Uso de la Oficina _____/14	
41. Se muestra temeroso, ansioso o preocupado	0	1	2	3		
42. Tienes miedo de intentar hacer cosas nuevas por temor a cometer errores	0	1	2	3		
43. Se siente inútil o inferior	0	1	2	3		
44. Se culpa por los problemas, se siente culpable	0	1	2	3		
45. Se siente solo, que está de más o es despreciado; se queja de que "nadie lo quiere"	0	1	2	3		
46. Está triste, infeliz o deprimido	0	1	2	3		
47. Se siente intimidado o se avergüenza fácilmente	0	1	2	3	Uso de la Oficina _____/7	
Rendimiento	Excelente	Por encima del promedio	Promedio	Algo problemático	Problemático	
48. Lectura	1	2	3	4	5	
49. Escritura	1	2	3	4	5	Uso de la Oficina _____/3
50. Matemática	1	2	3	4	5	Uso de la Oficina _____/3
51. Relación con los padres	1	2	3	4	5	
52. Relación con los hermanos	1	2	3	4	5	
53. Relación con los compañeros	1	2	3	4	5	Uso de la Oficina _____/4
54. Participación en actividades organizadas (p. ej. equipos)	1	2	3	4	5	Uso de la Oficina _____/4



Otras afecciones

Conductas de tics: a su leal saber y entender, indique si este niño exhibe las siguientes conductas:

- Tics motrices:** movimientos rápidos y repetitivos tales como pestañeo, muecas, fruncimiento de nariz, espasmos de cabeza, encogimiento de hombros, espasmos de brazos, espasmos corporales o patadas rápidas.
 No hay tics. Sí, aparecen casi todos los días pero pasan desapercibidos para la mayoría de las personas. Sí, hay tics notorios casi todos los días.
- Tics fónicos (vocales):** sonidos repetitivos incluyendo, entre otras cosas, carraspeo, tos, silbidos, olfateo, resoplidos, alaridos, ladridos, gruñidos o repetición de palabras o frases cortas.
 No hay tics. Sí, aparecen casi todos los días pero pasan desapercibidos para la mayoría de las personas. Sí, hay tics notorios casi todos los días.
- Sí respondió Sí a 1 ó 2, ¿estos tics interfieren con las actividades del niño (como leer, escribir, caminar, hablar o comer)? No Sí

Diagnóstico y tratamiento previos: a su leal saber y entender, responda las siguientes preguntas:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Le han diagnosticado a su hijo un trastorno de tics o síndrome de Tourette? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 2. ¿Su hijo está tomando medicamentos para un trastorno de tics o síndrome de Tourette? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 3. ¿Le han diagnosticado depresión a su hijo? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 4. ¿Su hijo está tomando medicamentos para la depresión? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 5. ¿Le han diagnosticado un trastorno de ansiedad a su hijo? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 6. ¿Su hijo está tomando medicamentos para un trastorno de ansiedad? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 7. ¿Le han diagnosticado a su hijo un trastorno de aprendizaje o de lenguaje? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |

Comentarios:

Escala de evaluación Vanderbilt de NICHQ: informante de maestros

Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento del niño: _____

Nombre del maestro: _____

Fecha de hoy: _____

Hora de clase: _____

Nombre de clase/periodo: _____

Nivel en la escuela: _____

Instrucciones: Cada calificación debe tenerse en cuenta en el contexto de lo que resulta adecuado para la edad del niño y debe reflejar el comportamiento de ese niño desde el comienzo del año escolar. Por favor, indique el número de semanas o meses que usted ha podido evaluar las conductas del niño: _____ .

Síntomas	Nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo	
1. No presta atención a los detalles o comete errores de descuido con la tarea	0	1	2	3	
2. Tiene dificultad para prestar atención a lo que debe hacerse	0	1	2	3	
3. Parece no escuchar cuando se le habla directamente	0	1	2	3	
4. No obedece cuando le dan instrucciones y no termina las actividades (no porque no entienda)	0	1	2	3	
5. Tiene dificultad para organizar tareas y actividades	0	1	2	3	
6. Evita, le disgusta o no quiere comenzar tareas que requieren de un esfuerzo mental constante	0	1	2	3	
7. Pierde las cosas necesarias para las tareas o las actividades (tarea, lápices, libros)	0	1	2	3	
8. Se distrae fácilmente por ruidos u otros estímulos	0	1	2	3	
9. Es olvidadizo en las actividades cotidianas	0	1	2	3	Uso de la Oficina /9
10. Juguetea con las manos o los pies o se retuerce en el asiento	0	1	2	3	
11. Se levanta de su asiento en la clase o en otras situaciones cuando se espera que permanezca sentado	0	1	2	3	
12. Corre por todas partes o escala demasiado cuando se espera que permanezca sentado	0	1	2	3	
13. Tiene dificultad para jugar o comenzar actividades de juegos tranquilos	0	1	2	3	
14. Con frecuencia no se detiene, o actúa como si estuviera "impulsado por un motor"	0	1	2	3	
15. Habla demasiado	0	1	2	3	
16. Lanza las respuestas antes de haber terminado las preguntas	0	1	2	3	
17. Tiene dificultad para esperar en fila	0	1	2	3	
18. Interrumpe o se entromete (por ejemplo en las conversaciones o actividades)	0	1	2	3	Uso de la Oficina /9



Síntomas (continuación)	Nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo	
19. Se pone furioso	0	1	2	3	
20. Desafía en forma activa o se niega a obedecer los pedidos o las reglas de los adultos	0	1	2	3	
21. Se muestra enojado o resentido	0	1	2	3	
22. Es rencoroso y busca vengarse	0	1	2	3	
23. Bravuconeo, amenaza o intimida a los demás	0	1	2	3	
24. Inicia peleas físicas	0	1	2	3	
25. Miente para librarse de problemas o para evitar obligaciones (p. ej. "tíma" a los demás)	0	1	2	3	
26. Es físicamente cruel con las personas	0	1	2	3	
27. Ha robado cosas de valor	0	1	2	3	
28. Destruye deliberadamente las cosas de los demás	0	1	2	3	Uso de la Oficina _____/10
29. Se muestra temeroso, ansioso o preocupado	0	1	2	3	
30. Se siente intimidado o se avergüenza fácilmente	0	1	2	3	
31. Tiene miedo de intentar hacer cosas nuevas por temor a cometer errores	0	1	2	3	
32. Se siente inútil o inferior	0	1	2	3	
33. Se culpa por los problemas, se siente culpable	0	1	2	3	
34. Se siente solo, que está de más o es despreciado; se queja de que "nadie lo quiere"	0	1	2	3	
35. Está triste, infeliz o deprimido	0	1	2	3	Uso de la Oficina _____/7

Rendimiento académico	Excelente	Por encima del promedio	Promedio	Algo problemático	Problemático	
36. Lectura	1	2	3	4	5	
37. Matemática	1	2	3	4	5	Uso de la Oficina _____/7
38. Escritura	1	2	3	4	5	Uso de la Oficina _____/3

Rendimiento de conducta en la clase	Excelente	Por encima del promedio	Promedio	Algo problemático	Problemático	
39. Relación con los compañeros	1	2	3	4	5	
40. Seguir instrucciones	1	2	3	4	5	
41. Interrumpir la clase	1	2	3	4	5	
42. Cumplir tarea	1	2	3	4	5	Uso de la Oficina _____/5
43. Habilidad de organización	1	2	3	4	5	Uso de la Oficina _____/5

Comentarios:

Por favor, devuelva este formulario a: _____

Dirección del correo: _____

Número de FAX: _____

Entrevista ADHD para los Padres

SS3 – Página 1

Nombre del Estudiante _____ **Grado** _____ **Fecha de Nac.** _____ **Número del estudiante** _____
Escuela _____
Evaluado por: Padre/Madre: _____ **Entrevistador:** _____ **Fecha** _____

1. ¿Qué edad tenía su hijo/a cuando usted se tenía preocupaciones por su comportamiento o nivel de actividad por la primera vez?
2. ¿Cuáles son sus preocupaciones actuales según el comportamiento de su hijo/a?
3. ¿Tiene uno de los padres una historia de dificultades semejantes? No Sí – Si sí, explique.
4. ¿Alguno de sus hermanos/as tiene dificultades semejantes de comportamiento? No Sí – Si sí, explique.
5. ¿Cómo evaluaría el nivel de actividad de su hijo/a como infante/bebé mayor?
 Muy Activo Activo Promedio Menos Activo
6. ¿Habían algunas complicaciones durante el embarazo o parto? No Sí – Si sí, explique.
7. ¿La madre estaba usando algún medicamento durante el embarazo? No Sí – Si sí, explique.
8. ¿La madre usaba cualquier de las siguientes sustancias durante el embarazo?
 Cerveza o vino Bebidas blancas Café/cafeína Cigarillos
9. ¿Cómo fue el desarrollo temprano de su hijo/a (caminar, hablar, ir al baño, comer, etc.)?
 Un poco avanzado Bastante promedio Un poco lento
10. ¿Su hijo/a tiene una historia de dificultades en dormir? No Sí
11. ¿Cómo hace nuevos amigos? Con facilidad Con dificultad
12. ¿Su hijo/a ha tenido algunos accidentes significativos creciendo? No Sí – Si sí, explique.
13. ¿Su hijo/a ha tenido algunos problemas médicos significativos creciendo? No Sí – Si sí, explique.
14. ¿Han ocurrido algunos eventos particularmente estresantes en el recién pasado? (Tal como una muerte, divorcio, mudanza, pérdida de trabajo, etc.)? No Sí – Si sí, explique.
15. ¿Hay historia de abuso sexual o físico? No Sí – Si sí, explique.
16. ¿Hay sospecha de abuso de alcohol o drogas por su hijo/a? No Sí – Si sí, explique.
17. ¿Parece que su hijo/a tiene dificultades en recordar o seguir instrucciones en el hogar? No Sí

Entrevista ADHD para los Padres

SS3 – Página 2

Nombre del Estudiante _____ **Grado** _____ **Fecha de Nac.** _____ **Número del estudiante** _____

18. ¿Cómo usted ha tratado con las dificultades con el comportamiento de su hijo/a?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Reprimendas verbales | <input type="checkbox"/> Tiempo fuera (aislamiento) | <input type="checkbox"/> Pérdida de privilegios |
| <input type="checkbox"/> Premios | <input type="checkbox"/> Castigo físico | <input type="checkbox"/> Darse por vencido |
| <input type="checkbox"/> Otro: | | |

19. ¿Qué parece funcionar lo mejor?

20. ¿Cuán a menudo cumple su hijo/a con sus peticiones/mandamientos iniciales?

- Normalmente A menudo No a menudo Pocas veces

21. ¿Su hijo/a ha sido evaluado por la escuela o el doctor familiar por preocupaciones sobre su comportamiento?

- No Sí – Si sí, explique.

22. ¿Su hijo/a ha tenido algunas dificultades en aprendizaje en la escuela? No Sí – Si sí, explique.

23. ¿Algunas de las siguientes conductas describen a menudo a su hijo/a?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dificultad para quedarse sentado | <input type="checkbox"/> Distraído fácilmente | <input type="checkbox"/> Juguetea |
| <input type="checkbox"/> Lanza las respuestas a preguntas | <input type="checkbox"/> Pierde cosas | <input type="checkbox"/> Interrumpe |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para prestar atención | <input type="checkbox"/> Habla sin cesar | <input type="checkbox"/> Dificultad para esperar su turno |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para seguir instrucciones | <input type="checkbox"/> No escucha | <input type="checkbox"/> Cambia de una actividad a otra |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para jugar tranquilo | | |

24. ¿Algunas de las siguientes conductas describen a menudo a su hijo/a?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Se pone furioso | <input type="checkbox"/> Discute con adultos | <input type="checkbox"/> Desafía o niega |
| <input type="checkbox"/> Enojado o resentido | <input type="checkbox"/> Se molesta fácilmente | <input type="checkbox"/> Maldice o dice palabrotas |
| <input type="checkbox"/> Culpa a otros para sus errores | <input type="checkbox"/> Molesta a otros a propósito | |

25. ¿Algunas de las siguientes conductas describen a su hijo/a?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Roba | <input type="checkbox"/> Huye | <input type="checkbox"/> Miente |
| <input type="checkbox"/> Absentismo | <input type="checkbox"/> Prende fuegos | <input type="checkbox"/> Cruel a animales |
| <input type="checkbox"/> Destruye la propiedad de otros | <input type="checkbox"/> Inicia peleas físicas | |

26. ¿Algunas de las siguientes conductas describen a menudo a su hijo/a?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Deprimido o irritable | <input type="checkbox"/> Poca placer en actividades | <input type="checkbox"/> Poca apetito |
| <input type="checkbox"/> Dificultades para dormir | <input type="checkbox"/> Letárgico | <input type="checkbox"/> Fatiga o pérdida de energía |
| <input type="checkbox"/> Se siente sin valor o culpable | <input type="checkbox"/> Dificultades para concentrarse | <input type="checkbox"/> Pensamientos de o intentos a suicidarse |

27. ¿Algunas de las siguientes conductas han sido de preocupación un cuanto a sus parientes maternos?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje | <input type="checkbox"/> Problemas de atención | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Problemas mentales/emocionales | <input type="checkbox"/> Comportamiento agresivo |
| <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol/drogas | <input type="checkbox"/> Problemas legales/arrestos | <input type="checkbox"/> Abuso sexual/físico |

Si sí, por favor explique y dé la relación:

28. ¿Algunas de las siguientes conductas han sido de preocupación un cuanto a sus parientes paternos?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje | <input type="checkbox"/> Problemas de atención | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Problemas mentales/emocionales | <input type="checkbox"/> Comportamiento agresivo |
| <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol/drogas | <input type="checkbox"/> Problemas legales/arrestos | <input type="checkbox"/> Abuso sexual/físico |

Si sí, por favor explique y dé la relación: