



INFORMACIÓN DE SEGUIMIENTO DE LOS PADRES

Nombre del niño/de la del niña:	Fecha:				
Dirección:					
Numero de teléfono de los padres: (De casa)			(Del trabajo)		
1. CONDUCTA: Marque la caja que mejor describa la conducta de su niño, durante la última semana.	<i>Actualmente, ¿es un problema alguno de estos comportamientos?</i>				
	Nunca/ Rara vez	Ocasionalmente	Seguido	Muy Seguido	
	No pone cuidadosa atención a los detalles o comete errores por descuido- por ejemplo, la tarea escolar.				
	Tiene dificultad en mantener la atención en lo que se necesita hacer.				
	Parece no escuchar cuando se le habla directamente.				
	No sigue las instrucciones que se le dan y no termina el trabajo de la escuela.				
	Tiene dificultad en organizar tareas y actividades.				
	Evita hacer tareas o trabajos, no le gusta hacerlos, o no quiere comenzarlos.				
	Pierde cosas necesarias para hacer trabajos o para llevar a cabo actividades.				
	Se distrae fácilmente con ruidos u otras cosas.				
	Es olvidadizo(a) en las actividades diarias.				
	Mueve nerviosamente las manos o los pies, o se retuerce o revuelve en el asiento..				
	Deja el asiento cuando se supone que debe permanecer sentado(a).				
	Corre por el lugar o trepa demasiado, cuando se supone que debe permanecer sentado(a).				
	Tiene dificultad en jugar o en comenzar juegos tranquilos sin hacer ruido.				
	Está constantemente “deprisa”, o actúa como si estuviera “movido(a) por un motor.”				
	Habla demasiado.				
Suelta las respuestas antes de que hayan terminado de preguntar.					
Tiene dificultad en esperar su turno.					
Interrumpe o estorba a los demás cuando están hablando o jugando.					
2. FUNCIONAMIENTO: Marque la caja que mejor describa la conducta de su niño, durante la última semana.	<i>Actualmente, ¿es un problema alguna de estas actividades?</i>				
	Arriba del promedio	Promedio	Problemático		
	1	2	3	4	5
	Prepararse o estar listo(a) en la mañana				
	Comportamiento a la hora de la cena				
	Ánimo o humor general				
	Prepararse para ir a la cama y/o para ir a dormir				
	Relación con niños de su edad				
	Relación con sus padres				
	Relaciones con su(s) [hermana(s)/ hermano(s)]?				
	Hacer y completar la tarea				
	Llevar las tareas a la escuela y las trae a su casa				
	Hacer y completar el trabajo de clase				
	Habilidades de organización				
	Participación en actividades organizadas (e.g. equipos)				
	Desempeño escolar de su niño(a)				
	1. Lectura				
2. Expresión escrita					
3. Matemáticas					
4. Escritura a mano					
(OFFICE USE ONLY) Inattentive: ___/9 <input type="checkbox"/> ≥ 6/9	Hyperactive: ___/9 <input type="checkbox"/> ≥ 6/9		Performance: Y N		

Modificaciones a las escalas de calificaciones DuPaul ADHD y Vanderbilt ADHD Diagnostic Parent Rating hechas por el Centro de Investigación de Servicios para Niños y Adolescentes (CASRC), en colaboración con el Comité de Guías para TDAH/ADHD en pediatría (proyecto C-GAP) del Hospital Infantil y Centro de Salud (Children's Hospital and Health Center (CHHC)), para su uso en el proyecto ADHD 2002 en San Diego.

SEGUIMIENTO DE LOS PADRES





3. RESUMEN: **Resuma el funcionamiento de su niño(a) EN GENERAL** (por ejemplo, emocionalmente, su comportamiento, socialmente, académicamente, etc.). Basándose en su experiencia, compare el funcionamiento de su niño(a) con el de “otros niños promedio” de su edad con los que usted está familiarizada(o), en tres lugares o situaciones diferentes: en casa, en la escuela y con sus compañeros. Por favor seleccione solamente un número.

1	Tiene un funcionamiento excelente / no muestra problemas en los tres diferentes lugares o situaciones?
2	Tiene un funcionamiento bueno / rara vez muestra problemas en los tres diferentes lugares o situaciones?
3	Tiene una leve dificultad en su funcionamiento / algunas veces muestra problemas en los tres diferentes lugares o situaciones?
4	Tiene una dificultad moderada en su funcionamiento / usualmente muestra problemas en los tres diferentes lugares o situaciones?
5	Tiene dificultades severas en su funcionamiento / la mayor parte del tiempo muestra problemas en los tres diferentes lugares o situaciones?
6	Necesita supervisión considerable en todos los diferentes lugares o situaciones, para prevenir que se lastime a sí mismo(a), o que lastime a otros?
7	Necesita supervisión y atención profesional las 24 horas del día , debido a serios problemas con su comportamiento, o porque tiene graves discapacidades o incapacidades?

4. EFECTOS SECUNDARIOS: <i>En la última semana, ¿ su niño(a) ha experimentado alguno de los siguientes efectos secundarios?</i>	<i>Actualmente, ¿es un problema alguno de estos efectos secundarios?</i>			
	Ninguno	Un poco	Moderado	Severo
Dolor de cabeza				
Dolor de estómago				
Cambio de apetito. <i>Explique abajo:</i>				
Insomnia				
Irritabilidad, ya sea avanzada la mañana, en la tarde, o al anochecer. Explique:				
Socialmente apartado(a)-diminución de interacción con otros				
Tristeza extremada, o llora cuando antes usualmente no lo hacía				
Comportamiento apagado, cansado, decaído				
Temblores/ sentirse inestable o débil				
Movimientos repetitivos, tics, o hábitos nerviosos <i>Explique abajo:</i>				
Picarse la piel o los dedos, comerse las uñas, morderse los labios <i>Explique abajo:</i>				
Ve o oye cosas que no están allí				

EXPLIQUE/COMENTARIOS:

5. TRATAMIENTOS: ¿Qué tratamientos ha estado recibiendo su niño(a) desde que nos vimos la última vez? (Marque todos los que apliquen)

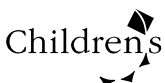
- a. Orientación o consejería:
- b. Ayuda de la escuela:
- c. Clases para los padres:
- d. Medicina (nombre, cantidad y veces al día):
- e. ¿Necesita una receta médica? SI NO

6. ¿Hay otros problemas que quisiera que su médico sepa, o que le gustaría mencionar? Por favor explique:

(OFFICE USE ONLY) Impairment ≥ 4: Y N

Medical Provider Use Only:

MD Signature: _____ Date: _____



Modificaciones a las escalas de calificaciones DuPaul ADHD y Vanderbilt ADHD Diagnostic Parent Rating hechas por el Centro de Investigación de Servicios para Niños y Adolescentes (CASRC), en colaboración con el Comité de Guías para TDAH/ADHD en pediatría (proyecto C-GAP) del Hospital Infantil y Centro de Salud (Children's Hospital and Health Center (CHHC)), para su uso en el proyecto ADHD 2002 en San Diego.

SEGUIMIENTO DE LOS PADRES

