



**Evaluación de un menor
con problemas de atención, aprendizaje y comportamiento**

Instrucciones para los padres

Estimado padre de familia:

Usted ha expresado interés en que se realice una evaluación a su hijo/a para identificar posibles problemas de atención, comportamiento o aprendizaje. Como sus pediatras, evaluaremos el problema de su hijo/a y exploraremos todos los aspectos emocionales, conductuales o de aprendizaje. Aunque incluimos información sobre el trastorno de déficit de atención en este paquete, no se debe asumir de manera automática que este es el diagnóstico del menor ni que requerirá medicamentos o asesoría. Hay muchos motivos para los problemas escolares y de comportamiento.

Evaluación inicial

La evaluación incluye una visita con su doctor para llenar los formularios de este paquete. Este proceso tomará 1-2 citas. En este paquete encontrará los siguientes formularios. Si faltara alguno, por favor contáctenos para proporcionárselo.

1. Historial detallado de la niñez – Este formulario nos proporciona antecedentes importantes sobre el menor y le permite describirlo en sus propias palabras.
2. Formulario Vanderbilt inicial para padres – Este es un cuestionario que usted debe llenar y nos ayuda a diagnosticar TDAH e identificar otros problemas emocionales y conductuales.
3. Formulario Vanderbilt inicial para maestros – Este es un cuestionario que usted deberá proporcionar al maestro(s) del menor. El maestro se lo puede devolver a usted o enviárnoslo por fax; si el menor tiene más de un maestro, podemos proporcionarle más formularios.
4. Formulario de publicación de información – Usted deberá firmar este formulario y llevarlo a la oficina de la escuela. Este autoriza a la escuela a enviarnos copias de las calificaciones, registros de conducta, exámenes de desempeño e inteligencia y el plan educativo individualizado, si lo hay.

Primero, su doctor platicará con usted y con el menor para tener una idea general del problema y realizará un examen físico completo. Su doctor buscará cualquier condición física, emocional o social que pueda interferir con el aprendizaje y el desempeño escolar del menor.

Entonces, el médico revisará los formularios del paquete para hacer el diagnóstico más preciso y determinar el plan de tratamiento. Dicho plan puede incluir medicamentos, asesoría y/o cambios educativos.

Si los formularios se llenaron antes de su cita con el médico y este los revisa, el proceso puede realizarse en una sola cita. Si el doctor no ha recibido todos los formularios, entonces el proceso requerirá dos citas. Si se necesita una Segunda cita, es importante que la segunda cita sea con el mismo doctor que la primera. Estas citas

son largas, por lo que en caso de que no pueda asistir a la cita, favor de llamar para cancelarla por lo menos con un día de anticipación.

Citas para revisión de medicamentos

Si le recetamos medicamentos al menor, debemos verlo con frecuencia para determinar si la dosis del medicamento ha mejorado el comportamiento y está generando efectos secundarios con los que puede vivir. Después de determinar la dosis del medicamento, veremos al menor cada 3 meses. Estas son *Citas para la revisión de medicamentos*. Veremos cómo está funcionando el medicamento y revisaremos los efectos secundarios. Si el menor presenta problemas de conducta o aprendizaje entre dichas citas, favor de programar una cita antes.

Al final de cada visita de revisión, se le dará una lista de las cosas que debe hacer antes de la siguiente visita. Se le pedirá solicitar reportes del maestro del menor, traer la última boleta de calificaciones y llenar una encuesta sobre el avance de la situación. Todo esto es muy útil para evaluar qué tanto está avanzando.

Proporcionaremos recetas separadas que deberán obtenerse cada mes hasta la siguiente cita de revisión. Los medicamentos que se utilizan para TDAH son sustancias controladas. Se nos exige gestionar los medicamentos o recetas perdidos en una nueva cita, debido a la preocupación de recetas robadas o vendidas. No Podemos recetar medicamentos para TDAH sin ver al paciente en una cita.



CHILD & ADOLESCENT
CLINIC

Child and Adolescent Clinic
www.CandAC.com

Trastorno por déficit de atención y conducta
Historial detallado de la niñez

Favor de utilizar tinta negra

Nombre del menor: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Persona que llena el formulario: _____ Relación con el menor: _____

Escuela del menor: _____

Año académico: _____ Asignación especial (si aplica): _____

El menor vive actualmente con:

____ Madre biológica ____ Padre biológico ____ Madrastra ____ Padrastro
____ Madre adoptiva ____ Padre adoptivo ____ Madre de acogida ____ Padre de cogida
____ Otro (especificar) _____ Número de menores en el hogar _____

Otros adultos que tengan contacto frecuente con este menor: _____

¿Quién sugirió la evaluación del menor?:

Nombre: _____ Relación con el menor: _____

Describa brevemente los principales problemas de aprendizaje y conductuales del menor: _____

Nombre del paciente _____

PADRES

Madre biológica: _____ **Edad:** _____

Ocupación: _____ Teléfono trabajo: _____

Edad durante el embarazo del paciente: _____ Nivel educativo más alto completado: _____

Problemas de aprendizaje:	☐ Sí	☐ No
Problemas de atención:	☐ Sí	☐ No
Problemas conductuales:	☐ Sí	☐ No

Problemas médicos: _____

Padre biológico: _____ **Edad:** _____

Ocupación: _____ Teléfono trabajo: _____

Edad al momento de concepción del paciente: _____ Nivel educativo más alto completado: _____

Problemas de aprendizaje:	☐ Sí	☐ No
Problemas de atención:	☐ Sí	☐ No
Problemas conductuales:	☐ Sí	☐ No

Problemas médicos: _____

HERMANOS:

Nombre	Edad	Problemas médicos, sociales o escolares
1. _____		
2. _____		
3. _____		
4. _____		
5. _____		

ANTECEDENTES FAMILIARES ADICIONALES

Indique si alguno de los padres, hermanos, hermanas, tías, tíos, abuelos o primos del paciente presenta alguna de las siguientes condiciones: (Favor de encerrar en un círculo la condición correspondiente)

- | | | |
|----------------------------|------------------------------------|----------------------------|
| 1. Incapacidad intelectual | 6. Enfermedad de la tiroides | 11. TDA con hiperactividad |
| 2. Convulsiones | 7. Depresión | 12. TDA sin hiperactividad |
| 3. Ceguera | 8. Esquizofrenia | 13. Síndrome de Tourette |
| 4. Sordera | 9. Enfermedad maniaco/depresiva | |
| 5. Muerte prematura | 10. Alguna enfermedad psiquiátrica | |

Nombre del paciente _____

EMBARAZO

Complicaciones: _____

¿Fumó durante el embarazo? ☐ Sí _____ ☐ No

¿Consumió alcohol durante el embarazo? ☐ Yes _____ ☐ No

¿Tomó medicamentos durante el embarazo? ☐ Yes _____ ☐ No

Drogas "recreativas" durante el embarazo: _____

Duración del embarazo:

☐ Prematuro # Semanas: _____ ☐ Término ☐ Retraso # Semanas: _____

PERIODO DE PRIMERA INFANCIA

Número de días que el menor se quedó en el hospital después del parto: _____

¿Tuvo algún problema durante el primer año de vida? _____

HISTORIAL CLÍNICO

Si el historial clínico del menor incluye alguna de las siguientes opciones, favor de anotar la edad en la que se presentó el incidente o padecimiento y cualquier otra información que considera pertinente:

Cirugías: _____

Hospitalización debido al padecimiento: _____

Heridas en la cabeza: _____

Convulsiones: _____ con fiebre _____ sin fiebre _____

Problemas visuales o auditivos: _____

Ansiedad: _____

Depresión: _____

Problemas para dormir: _____

Problemas de apetito: _____

CONDICIÓN DE SALUD ACTUAL

Padecimiento actual para el cual está recibiendo tratamiento: _____

Medicamentos que está tomando actualmente de manera continua: _____

Nombre del paciente _____

ASPECTOS RELEVANTES DEL DESARROLLO

¿Qué edad tenía el menor cuando empezó a caminar solo? _____ ¿Y a hablar? _____

¿Para ir al baño? _____

¿Recuerda haber tenido alguna preocupación sobre el desarrollo motriz o del lenguaje del menor?

COORDINACIÓN

¿Tiene alguna preocupación actual sobre el nivel de coordinación o habilidades atléticas del menor? _____

COMPRENSIÓN Y ENTENDIMIENTO

¿Considera que el menor entiende las instrucciones y situaciones igual que los demás niños de su edad? En caso negativo, ¿por qué? _____

¿Cómo calificaría el nivel general de inteligencia del menor en comparación con otros niños de su edad?

☐ Por debajo del promedio

☐ Superior al promedio

☐ Promedio

ESCUELA

El maestro/a del menor llenará un formato independiente

¿Tiene alguna preocupación sobre el desempeño académico del menor? _____

¿Cuándo empezaron a presentarse estos motivos de preocupación? _____

¿Le preocupa algo sobre el comportamiento del menor en la escuela? _____

¿Cuándo empezó esta preocupación? _____

Nombre del paciente _____

RELACIÓN CON SUS PARES

¿El menor busca hacer amistad con niños de su edad? _____

¿Lo buscan los niños de edad? _____

¿El menor juega principalmente con niños de su edad? _____ ¿Menores? _____ ¿Mayores? _____

Describa brevemente algún problema que haya presentado el menor con los niños de su edad: _____

COMPORTAMIENTO EN EL HOGAR

¿Cómo se comporta el menor en casa y con sus hermanos? _____

¿Le cuenta trabajo aprender de sus errores? _____

¿Qué tipo de disciplina utiliza con el menor?: _____

¿Hay alguna forma de disciplina que parezca funcionar mejor? _____

¿Ha tomado alguna clase sobre paternidad o leído algún libro sobre el manejo de la disciplina y el comportamiento? ☐ Si la respuesta es sí, enumere _____ ☐ No

INTERESES Y LOGROS

¿Cuáles son los principales pasatiempos e intereses del menor? _____

¿En qué áreas tiene los mejores logros? _____

¿Cuál es la mejor cualidad del menor? _____

Nombre del paciente _____

Enumere los nombres y direcciones de cualquier otro profesional que haya consultado sobre el comportamiento del menor, incluido el médico o pediatra familiar:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

EVALUACIÓN DE LOS PADRES SOBRE EL NIVEL EMOCIONAL DEL MENOR

¿Cómo considera que son las habilidades sociales del menor?

1 – Muy malas 😞 2 - Malas 😞 3 – Promedio 😐 4 – Buenas 😊 5 - Excelentes 😊

¿Cuál es su estado de ánimo?

1 – Muy malo 😞 2 - Malo 😞 3 – Promedio 😐 4 – Bueno 😊 5 – Excelente 😊

¿Cuál es su nivel de enojo?

1 – Para nada enojado 😊 2 – Algo enojado 😊 3 – Moderadamente enojado 😐 4 – Muy enojado 😞 5 – Extremadamente enojado 😞

¿Cómo es su autoestima?

1 – Muy baja 😞 2 - Baja 😞 3 – Promedio 😐 4 – Alta 😊 5 - Excelente 😊

¿Alguna vez ha destruido algún objeto, lastimado seriamente a otra persona o ha lastimado/matado a un animal? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, describa aquí _____

¿Ha infringido la ley o ha estado involucrado con el sistema legal juvenil debido a acciones de vandalismo, robo en tiendas, hurto, atacar a una persona o cualquier otro delito? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, describa aquí: _____

Algo más que desee compartir:

Favor de entregar el formulario en nuestra oficina después de llenarlo. ¡Gracias!

Fecha de hoy/Today's Date: _____

Nombre del niño(a)/Child's Name: _____

Fecha de nacimiento/Date of Birth: _____

Nombre del padre y/o de la madre/Parent's Name: _____

Teléfono/Parent's Phone Number: _____

Instrucciones: Conteste basándose en lo que considera apropiado para un niño de esa edad. Al completar este cuestionario, piense por favor en la conducta de su niño durante los últimos seis meses.

Directions: Each rating should be considered in the context of what is appropriate for the age of your child. When completing this form, please think about your child's behaviors in the past 6 months.

Esta evaluación se refiere a un período en el que su hijo(a)

Is this evaluation based on a time when the child

☐ tomaba medicamentos
was on medication

☐ no tomaba medicamentos
was not on medication

☐ no lo recuerda
not sure?

Síntomas/ Symptoms	Nunca/ Never	A veces/ Occasionally	Seguido/ Often	Muy seguido/ Very Often
1. No pone atención a los detalles o comete errores por descuido, como por ejemplo, cuando hace la tarea <i>Does not pay attention to details or makes careless mistakes with, for example, homework</i>	0	1	2	3
2. Se le dificulta mantenerse atento al llevar a cabo sus actividades <i>Has difficulty keeping attention to what needs to be done</i>	0	1	2	3
3. Parece no estar escuchando cuando se le habla directamente <i>Does not seem to listen when spoken to directly</i>	0	1	2	3
4. No sigue las instrucciones hasta el final y no concluye sus actividades (no porque se rehúse a seguir las o porque no las comprenda) <i>Does not follow through when given directions and fails to finish activities (not due to refusal or failure to understand)</i>	0	1	2	3
5. Tiene dificultad al organizar sus tareas diarias y actividades <i>Has difficulty organizing tasks and activities</i>	0	1	2	3
6. Evita, le disgusta o no quiere comenzar actividades que requieren un mayor esfuerzo mental <i>Avoids, dislikes, or does not want to start tasks that require ongoing mental effort</i>	0	1	2	3
7. Pierde cosas que son indispensables para cumplir con sus tareas o actividades (juguetes, tareas de la escuela, lápices o libros) <i>Loses things necessary for tasks or activities (toys, assignments, pencils, or books)</i>	0	1	2	3
8. Se distrae fácilmente con ruidos u otros estímulos externos <i>Is easily distracted by noises or other stimuli</i>	0	1	2	3
9. Es olvidadizo(a) en sus actividades cotidianas <i>Is forgetful in daily activities</i>	0	1	2	3
10. Mueve constantemente las manos o los pies, o no se está quieto(a) en su asiento <i>Fidgets with hands or feet or squirms in seat</i>	0	1	2	3
11. Se pone de pie cuando debiera permanecer sentado(a) <i>Leaves seat when remaining seated is expected</i>	0	1	2	3

La información contenida en esta publicación no debe usarse a manera de sustitución del cuidado médico y consejo de su pediatra. Éste podría recomendar variaciones en el tratamiento, según hechos y circunstancias individuales.

Derechos de Autor © 2005 Academia Americana de Pediatría, Universidad de North Carolina en Chapel Hill para su Centro de Mejoramiento del Cuidado de Salud Infantil de North Carolina y la Iniciativa Nacional en Favor de la Calidad del Cuidado de Salud Infantil.

Adaptación de las Escalas de Clasificación Vanderbilt, diseñadas por Mark L. Wolraich, MD. Revisión - 1102

 American Academy
of Pediatrics


DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™



NICHQ

National Initiative for Children's Healthcare Quality



Fecha de hoy/Today's Date: _____

Nombre del niño(a)/Child's Name: _____

Fecha de nacimiento/Date of Birth: _____

Nombre del padre y/o de la madre/Parent's Name: _____

Teléfono/Parent's Phone Number: _____

Síntomas (continuación)/ Symptoms (continued)	Nunca/ Never	A veces/ Occasionally	Seguido/ Often	Muy seguido/ Very Often
12. Corre o camina por todos lados cuando debiera permanecer sentado <i>Runs about or climbs too much when remaining seated is expected</i>	0	1	2	3
13. Se le dificulta jugar o empezar actividades recreativas más tranquilas <i>Has difficulty playing or beginning quiet play activities</i>	0	1	2	3
14. Está en constante movimiento o actúa como si "tuviera un motor por dentro" <i>Is "on the go" or often acts as if "driven by a motor"</i>	0	1	2	3
15. Habla demasiado <i>Talks too much</i>	0	1	2	3
16. Responde precipitadamente, incluso antes de escuchar la pregunta completa <i>Blurts out answers before questions have been completed</i>	0	1	2	3
17. Tiene dificultad al esperar su turno <i>Has difficulty waiting his or her turn</i>	0	1	2	3
18. Interrumpe o se entromete en conversaciones o actividades ajenas <i>Interrupts or intrudes in on others' conversations and/or activities</i>	0	1	2	3
19. Discute con adultos <i>Argues with adults</i>	0	1	2	3
20. Se enfurece con facilidad <i>Loses temper</i>	0	1	2	3
21. Desafía abiertamente o se niega a cumplir las órdenes o las reglas de los adultos <i>Actively defies or refuses to go along with adults' requests or rules</i>	0	1	2	3
22. Molesta adrede a los demás <i>Deliberately annoys people</i>	0	1	2	3
23. Culpa a otros de sus propios errores o su mal comportamiento <i>Blames others for his or her mistakes or misbehaviors</i>	0	1	2	3
24. Se ofende o se molesta fácilmente con otros <i>Is touchy or easily annoyed by others</i>	0	1	2	3
25. Está enojado(a) o resentido(a) <i>Is angry or resentful</i>	0	1	2	3
26. Es rencoroso y vengativo <i>Is spiteful and wants to get even</i>	0	1	2	3
27. Reta, amenaza o intimida a otros <i>Bullies, threatens, or intimidates others</i>	0	1	2	3
28. Comienza peleas de contacto físico <i>Starts physical fights</i>	0	1	2	3
29. Miente con el fin de salir de apuros o para eludir sus obligaciones <i>Lies to get out of trouble or to avoid obligations (ie, "cons" others)</i>	0	1	2	3
30. Falta a la escuela sin permiso <i>Is truant from school (skips school) without permission</i>	0	1	2	3

D3s3 Sistema NICHQ Vanderbilt de Evaluación. Continuación cuestionario para PADRES
NICHQ Vanderbilt Assessment Scale—PARENT Informant, continued

Fecha de hoy/Today's Date: _____

Nombre del niño(a)/Child's Name: _____

Fecha de nacimiento/Date of Birth: _____

Nombre del padre y/o de la madre/Parent's Name: _____

Teléfono/Parent's Phone Number: _____

Síntomas (continuación)/ Symptoms (continued)	Nunca/ Never	A veces/ Occasionally	Seguido/ Often	Muy seguido/ Very Often
31. Es físicamente cruel con los demás <i>Is physically cruel to people</i>	0	1	2	3
32. Ha robado cosas de valor <i>Has stolen things that have value</i>	0	1	2	3
33. Destruye deliberadamente la propiedad ajena <i>Deliberately destroys others' property</i>	0	1	2	3
34. Ha usado un objeto que puede herir a alguien (bate, cuchillo, ladrillo, pistola) <i>Has used a weapon that can cause serious harm (bat, knife, brick, gun)</i>	0	1	2	3
35. Tortura animales <i>Is physically cruel to animals</i>	0	1	2	3
36. Ha provocado fuegos para causar daños <i>Has deliberately set fires to cause damage</i>	0	1	2	3
37. Ha entrado a una casa, un negocio o un carro ajeno <i>Has broken into someone else's home, business, or car</i>	0	1	2	3
38. Ha permanecido fuera de la casa sin permiso durante la noche <i>Has stayed out at night without permission</i>	0	1	2	3
39. Se ha escapado de la casa durante la noche <i>Has run away from home overnight</i>	0	1	2	3
40. Ha obligado a alguien a sostener algún tipo de actividad sexual <i>Has forced someone into sexual activity</i>	0	1	2	3
41. Siente miedo, ansiedad o está preocupado <i>Is fearful, anxious, or worried</i>	0	1	2	3
42. Teme hacer nuevas cosas por temor a cometer errores <i>Is afraid to try new things for fear of making mistakes</i>	0	1	2	3
43. Se desprecia a sí mismo se siente inferior <i>Feels worthless or inferior</i>	0	1	2	3
44. Siente que los problemas son responsabilidad suya y se siente culpable <i>Blames self for problems, feels guilty</i>	0	1	2	3
45. Se siente solo(a), rechazado(a) o sin amor; se queja de que nadie lo quiere <i>Feels lonely, unwanted, or unloved; complains that "no one loves him or her"</i>	0	1	2	3
46. Se siente triste, infeliz o deprimido(a) <i>Is sad, unhappy, or depressed</i>	0	1	2	3
47. Está al pendiente de sus actos o se avergüenza fácilmente <i>Is self-conscious or easily embarrassed</i>	0	1	2	3

American Academy
of Pediatrics



DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™



NICHQ

National Initiative for Children's Healthcare Quality



D3s4**Sistema NICHQ Vanderbilt de Evaluación. Continuación cuestionario para PADRES**
NICHQ Vanderbilt Assessment Scale—PARENT Informant, continued

Fecha de hoy/Today's Date: _____

Nombre del niño(a)/Child's Name: _____

Fecha de nacimiento/Date of Birth: _____

Nombre del padre y/o de la madre/Parent's Name: _____

Teléfono/Parent's Phone Number: _____

Comportamiento Performance	Excelente/ Excellent	Sobre lo normal/ Above Average	Normal/ Average	Cierta dificultad/ Somewhat of a Problem	Con dificultad/ Problematic
48. Comportamiento general en la escuela Overall school performance	1	2	3	4	5
49. Lectura Reading	1	2	3	4	5
50. Escritura Writing	1	2	3	4	5
51. Matemáticas Mathematics	1	2	3	4	5
52. Relación con sus padres Relationship with parents	1	2	3	4	5
53. Relación con sus hermanos Relationship with siblings	1	2	3	4	5
54. Relación con sus compañeros Relationship with peers	1	2	3	4	5
55. Participación en actividades organizadas (ejemplo: equipos deportivos) Participation in organized activities (eg, teams)	1	2	3	4	5

Comentarios/Comments:**For Office Use Only**

Total number of questions scored 2 or 3 in questions 1–9: _____

Total number of questions scored 2 or 3 in questions 10–18: _____

Total Symptom Score for questions 1–18: _____

Total number of questions scored 2 or 3 in questions 19–26: _____

Total number of questions scored 2 or 3 in questions 27–40: _____

Total number of questions scored 2 or 3 in questions 41–47: _____

Total number of questions scored 4 or 5 in questions 48–55: _____

Average Performance Score: _____

American Academy
of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™

**NICHQ**

National Initiative for Children's Healthcare Quality





CHILD & ADOLESCENT CLINIC

Longview Office:

971 11th Avenue
Longview, WA 98632
Phone: 360-577-1771
Fax: 360-423-9537

Pediatricians

Certified by the
American Board
of Pediatrics

Anne Mette Smeenk, MD

Kenneth Wu, MD

Rebecca Hutfilz, MD

Wes Henricksen, MD, MPH

Annette Ville, MD

Pediatric Nurse

Practitioners

Certified by the
Pediatric Nursing
Certification Board

Robin Wulff, PNP

— ♦ —

Vancouver Office:

2121 NE 139th Street
Suite 400
Vancouver, WA 98686
Phone: 360-254-7750
Fax: 360-423-9537

Pediatricians

Certified by the
American Board
of Pediatrics

Tsering Lhewa, MD

Amrita Stark, MD

Jennifer Chu-Smith, MD

www.candac.com



Dear Teacher:

As pediatricians, we value the collaboration of the schools and their teachers in the diagnosis and management of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. It is only through direct communication and shared expertise that we can help these children become successful students.

The parents of one of your students are seeking to have their child evaluated at Child and Adolescent Clinic for a behavior or learning concern. As part of our evaluation process, we ask that both the child's parents and teacher complete a set of behavioral rating scales. This information is important for the diagnosis and treatment of your students.

Your time and cooperation in this matter is greatly appreciated.

Attached, please find a Release of Information Form that the parents have completed and a set of teacher rating scales and questionnaires.

Generally, the teacher who spends the most time with the child should complete the teacher rating scales. However, if the child has more than one primary teacher, or has a special education teacher, it would be useful for us to obtain a separate set of rating scales from each teacher. If more than one set of rating scales are required, please copy. Please note that the same teacher should complete each entire set of forms.

We ask that you complete these forms within one week, as we are unable to complete the child's evaluation and planned treatment without the teacher rating forms. The parents are giving you the Initial Assessment Form for the School. These forms should be returned to us by the parents or you may fax them directly to us at 360-423-9537.

Thank you for your assistance and cooperation in the completion of these forms. If you have any questions regarding the enclosed materials, or if you would like additional information regarding services provided, please do not hesitate to write to us. If you have any other information to share, please fax it to us.

Sincerely,

Child and Adolescent Clinic



**Attention Deficit Hyperactivity Disorder
INITIAL ASSESSMENT FORM – SCHOOL**
Please Use Black Ink

CHILD & ADOLESCENT
CLINIC

Teacher's Name: _____ Class Time: _____ Class Name/Subject: _____

Today's Date: _____ Child's Name: _____ DOB: _____ Grade: _____

Directions: PLEASE USE BLACK INK PEN. Each rating should be considered in the context of what is appropriate for the age of the child you are rating and should reflect that child's behavior since the beginning of the school year. Indicate the number of weeks or months you have been able to evaluate the behaviors: _____.

Is this evaluation based on a time when the child ☐ was on medication ☐ was not on medication ☐ not sure?

VANDERBILT SCALE

Symptoms	Never	Occasionally	Often	Very Often
1. Fails to give attention to details or makes careless mistakes in schoolwork	0	1	2	3
2. Has difficulty sustaining attention to tasks or activities	0	1	2	3
3. Does not seem to listen when spoken to directly	0	1	2	3
4. Does not follow through on instructions and fails to finish schoolwork (not due to oppositional behavior or failure to understand)	0	1	2	3
5. Has difficulty organizing tasks and activities	0	1	2	3
6. Avoids, dislikes, or is reluctant to engage in tasks that require sustained mental effort	0	1	2	3
7. Loses things necessary for tasks or activities (school assignments, pencils, or books)	0	1	2	3
8. Is easily distracted by extraneous stimuli	0	1	2	3
9. Is forgetful in daily activities	0	1	2	3
10. Fidgets with hands or feet or squirms in seat	0	1	2	3
11. Leaves seat in classroom or in other situations in which remaining seated is expected	0	1	2	3
12. Runs about or climbs excessively in situations in which remaining seated is expected	0	1	2	3
13. Has difficulty playing or engaging in leisure activities quietly	0	1	2	3
14. Is "on the go" or often acts as if "driven by a motor"	0	1	2	3
15. Talks excessively	0	1	2	3
16. Blurts out answers before questions have been completed	0	1	2	3
17. Has difficulty waiting in line	0	1	2	3
18. Interrupts or intrudes on others (e.g. butts into conversations/games)	0	1	2	3
19. Loses temper	0	1	2	3
20. Actively defies or refuses to comply with adult's requests or rules	0	1	2	3
21. Is angry or resentful	0	1	2	3
22. Is spiteful and vindictive	0	1	2	3
23. Bullies, threatens, or intimidates others	0	1	2	3
24. Initiates physical fights	0	1	2	3
25. Lies to obtain goods or favors or to avoid obligations (e.g. "cons" others)	0	1	2	3
26. Is physically cruel to people	0	1	2	3
27. Has stolen items of nontrivial value	0	1	2	3
28. Deliberately destroys others' property	0	1	2	3
29. Is fearful, anxious, or worried	0	1	2	3
30. Is self-conscious or easily embarrassed	0	1	2	3
31. Is afraid to try new things for fear of making mistakes	0	1	2	3

INITIAL ASSESSMENT FORM – SCHOOL

Teacher's Name: _____ Class Time: _____ Class Name/Subject: _____

Today's Date: _____ Child's Name: _____ Grade: _____

Symptoms (continued)	Never	Occasionally	Often	Very Often
32. Feels worthless or inferior	0	1	2	3
33. Blames self for problems; feels guilty	0	1	2	3
34. Feels lonely, unwanted, or unloved; complains that no one loves him or her	0	1	2	3
35. Is sad, unhappy, or depressed	0	1	2	3

Performance

Academic Performance

	Excellent	Above Average	Average	Somewhat of a Problem	Problematic
36. Reading	1	2	3	4	5
37. Mathematics	1	2	3	4	5
38. Written expression	1	2	3	4	5

Classroom Behavioral Performance

	Excellent	Above Average	Average	Somewhat of a Problem	Problematic
39. Relationship with peers	1	2	3	4	5
40. Following directions	1	2	3	4	5
41. Disrupting class	1	2	3	4	5
42. Assignment completion	1	2	3	4	5
43. Organizational skills	1	2	3	4	5

Total 4s, 5s
Average

History

Learning Problems

We are interested in whether or not this child has learning problems **above and beyond** what would be expected for his or her developmental age.

Check the box that best describes the child's learning problems over the past 6 months	Never Rarely 0	Occa- sionally 1	Often 2	Very Often 3
1. Has trouble learning new material in an appropriate time frame for age and skills.				
2. Has little desire to master new skills.				
3. Unable to tell time , days of the week, months of the year.				
4. Can't repeat information .				
5. Knows material one day; doesn't know it the next .				
6. Has trouble holding several different things in mind while working.				
7. Has trouble following multi-step directions .				
8. Has difficulty copying written material from blackboard.				
9. Difficulty orienting self (i.e., gets lost, can't find way, or gets turned around easily).				
10. Has poor spatial judgment and often bumps into things.				
11. Confuses directionality (up/down, left/right, over/under).				
12. Has poor spatial organization on paper (difficulty staying in lines, maintaining space between words, staying within page margins).				
13. Mixes up capital and lower case letters when writing.				
14. Reverses letters and numbers .				
15. Has trouble expressing words or events in correct order .				
16. Often mispronounces known or familiar words or uses wrong word.				

INITIAL ASSESSMENT FORM – SCHOOL

Teacher's Name: _____ Class Time: _____ Class Name/Subject: _____
 Today's Date: _____ Child's Name: _____ Grade: _____

What **grade level** work is this child doing in your subjects? _____

Check the box that best describes the child's learning problems over the past 6 months	Never Rarely 0	Occa- sionally 1	Often 2	Very Often 3
17. Has trouble verbally expressing thoughts .				
18. Says things that have little or no connection to what others are discussing .				
19. Has difficulty distinguishing long vowel sounds and short vowel sounds .				
20. Depends on teacher or others for repetition of task instructions .				
21. Displays poor word attack skills (can't sound out words).				
22. Puts wrong number of letters in words .				
23. Confuses consonant sounds , for example: d-b, d-t, m-n, p-b, f-v, s-v.				
24. Unable to keep place on page when reading.				

What **positive or negative coping skills** is the child using in school? _____

Do you have any **additional comments** that you think would be helpful? _____

What school **special services** does this child receive? _____

Please return this form to:

Child and Adolescent Clinic

Fax Number:

360-423-9537

Mailing Address:

**971 11th Avenue
Longview, WA 98632**

Phone Number:

360-577-1771

For Office Use Only	
Total number of questions scored 2 or 3 in questions 1 – 9 _____	6 I
Total number of questions scored 2 or 3 in questions 10 – 18 _____	6 HI
Total Symptom Score for questions 1 – 18: _____	
Total number of questions scored 2 or 3 in questions 19 – 28: _____	3 OD
Total number of questions scored 2 or 3 in questions 29 – 35: _____	3 AD
Total number of questions scored 4 or 5 in questions 36 – 43: _____	I
Average Performance Score: _____	