



ADVANCED PEDIATRIC ASSOCIATES

Hand in Hand for Healthy Kids

Saludos de los proveedores de Advanced Pediatric Associates:

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD) / trastorno por déficit de atención (ADD) es un desafío para los niños, las familias, las escuelas y los proveedores. El TDAH es uno de los trastornos infantiles crónicos más comunes en los Estados Unidos con más de 16 millones (9,4%) de niños diagnosticados.

Cuando se administra de manera adecuada, la medicación y las citas de seguimiento programadas regularmente para el TDAH pueden controlar los síntomas de hiperactividad, impulsividad y falta de enfoque y concentración. Para asegurarse de que los medicamentos de su hijo se receten y administren correctamente, es importante que los niños sean monitoreados de cerca por un proveedor de atención médica.

Nos gustaría informarle sobre algunos cambios recientes en nuestros procesos en el cuidado de su hijo. Para asegurarnos de seguir las pautas de la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP), hemos revisado nuestros procesos y procedimientos. Estos son algunos de los cambios que hemos implementado según la guía de la AAP.

- Ahora se requieren citas de seguimiento cada tres meses.
- Se requiere documentación de seguimiento cada seis meses.
- Las renovaciones de medicamentos se administrarán en las citas de seguimiento.
- Es importante completar la documentación necesaria y hacer sus citas de seguimiento antes de que su hijo se quede sin medicamentos.
- Nuestro coordinador de TDAH se comunicará con usted para ayudarlo a programar citas de seguimiento.
- Se puede ofrecer telesalud para estas citas de seguimiento hasta dos veces al año ya discreción del proveedor.
- El cuidado de bienestar anual de su hijo puede combinarse con una visita de seguimiento. Su hijo debe estar estable con su dosis actual de medicamentos para el TDAH y el proveedor de su hijo debe aprobar una visita combinada.

Esperamos trabajar con usted y su hijo bajo estas nuevas pautas. Comuníquese con nuestros coordinadores de TDAH al 720-974-7188 si tiene alguna pregunta.

Administrative Office | 3300 S. Parker Road, Suite 404 | Aurora, CO 80014

Aurora Office

1300 S. Potomac Street, Suite 156 | Aurora, CO 80012

Centennial Office

5657 S. Himalaya Street, Suite 100 | Centennial, CO 80015

Parker Office

9397 Crown Crest Boulevard, Suite 330 | Parker, CO 80138

Central Park Office

2373 Central Park Boulevard, Suite 202 | Denver, CO 80238

Phone | 303-699-6200 Fax | 303-766-6903



ADVANCED PEDIATRIC ASSOCIATES

Hand in Hand for Healthy Kids

Fecha: _____

Nombre del Niño: _____

Fecha de nacimiento: _____

Estimado Padre:

ADD/ADHD es una condición crónica que requiere medicación en curso, es nuestra política para seguir a su hijo cada 3 meses para monitorear su progreso y crecimiento. Nuestros registros indican que ya han pasado 6 meses o más desde la última evaluación de la medicación de su hijo. En consecuencia, es necesario una nueva evaluación antes de que una receta pueda ser recargada o emitida.

Adjunto encontrará cuestionarios para usted así como maestro de su niño completar. Si su niño es de edad de escuela secundaria o más, su niño tendrá que completar la forma escala de síntomas actuales adolescentes. Por favor devuelva los cuestionarios a nosotros. Después de que las formas han sido recibidas y revisado por el proveedor, nosotros le contactaremos para concertar una cita para una evaluación de la medicación.

Tenga en cuenta, hay cargos adicionales en la calificación y evaluación de estos cuestionarios. Estos cargos se agregarán a la carga de la visita de oficina en la fecha de la visita.

Gracias por su cooperación. Entretanto, por favor no dude en llamar, (720)974-7188, si usted tiene preguntas con respecto a este proceso. Esperamos trabajar con usted.

Sinceramente,
ADHD Coordinator

Especialista de ADD

Cerramientos

Por favor devuelva esta carta con Los cuestionarios completados. Gracias!

For internal use only:	
Appointment:	
Packet reviewed by:	
Time spent in Review:	Time Required for Appt:

APA ADD305S 8/2020

Administrative Office | 3300 S. Parker Road, Suite 404 | Aurora, CO 80014

Aurora Office
1300 S. Potomac Street, Suite 156 | Aurora, CO 80012

Parker Office
9397 Crown Crest Boulevard, Suite 330 | Parker, CO 80138

Centennial Office
5657 S.Himalaya Street, Suite 100 | Centennial, CO 80015

Central Park Office
2373 Central Park Boulevard, Suite 202 | Denver, CO 80238

Phone | 303-699-6200 Fax | 303-766-6903

CUESTIONARIO de Seguimiento PARA PADRES con Niños con TADH

Nombre del padre: _____ Fecha de hoy: _____

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento del niño _____ Hora que completo esta forma: _____ am pm

Nombre del medicamento (si corresponde): _____ (nombre de marca o genérico)

Horario que toma el medicamento: 1a dosis _____ mg a las _____ día noche (Indique si latoma en la noche o el día)
 2a dosis _____ mg a las _____ día noche
 3a dosis _____ mg a las _____ día noche

Considere las categorías siguientes al responder a las siguientes preguntas.

Físico	Emocional	Actividades diarias	Vida familiar/en el hogar
<ul style="list-style-type: none"> • Apetito • Patrones de sueño • Bienestar general • Nivel de energía • Higiene 	<ul style="list-style-type: none"> • Interacciones con familiares y amigos Considere: <ul style="list-style-type: none"> • Por la mañana • Durante la escuela • Después de la escuela • Por la tarde • A la hora de dormir 	La capacidad del niño para <ul style="list-style-type: none"> • trabajar independientemente • Quedar centrado durante una actividad • Completar Tareas • Participar en grupos 	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de estrés de los padres • Nivel de energía de los padres • Niveles de tensión en casa • Confianza con el futuro del niño

1. ¿Qué ha mejorado desde la última vez que se completó esta forma?

¿Qué ha empeorado? _____

2. ¿Qué fortalezas (deportes, clubes, música) muestra actualmente su hijo en este momento?

3. ¿Dónde lucha su hijo?

4. ¿Qué podría mejorar para su hijo?



NICHQ Vanderbilt evaluación seguimiento: Padres informante

Fecha de hoy: _____

Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento del niño: _____

Nombre de los padres: _____

Indicaciones: Cada calificación debe considerarse en el contexto de lo que es apropiado para la edad de su niño. Al completar este formulario, por favor piensa en los comportamientos de su hijo en los últimos 6 meses. Esta evaluación esta basada en un momento en que el niño

Tomo la medicación no estaba en la medicación no estoy seguro

Sintomas	Nunca (0)	A Veces (1)	Menudo (2)	Muy a Menudo (3)
1 No presta atención a los detalles o comete errores por descuido, con, por ejemplo, la tarea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Tiene dificultad para mantener atención a lo que debe hacerse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Parece no escuchar cuando se le habla directamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 No sigue adelante cuando se le da instrucciones y no finaliza actividades (no debido a la negativa o el fracaso de entender)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Tiene dificultad para organizar las tareas y actividades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Evita, no le gusta o no quiere iniciar tareas que requieren esfuerzo mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Pierde las cosas necesarias para tareas o actividades (juguetes, asignaciones, lápices, libros)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Se distrae fácilmente por ruidos u otros estímulos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Es olvidadizo en las actividades diarias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Inquieto con las manos o pies o se retuerce en su asiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Deja de asiento cuando se espera que permanezca sentado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Corre o trepa demasiado cuando debe permanecer sentado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Tiene dificultad para jugar o para comenzar actividades de juego tranquilo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Es "on the go" o a menudo actúa como si "impulsado por un motor"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Habla demasiado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Responde antes de que las preguntas han sido completadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Tiene dificultad para esperar su turno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Interrumpe o se entromete en conversaciones o actividades de los otros en	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Discute con adultos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Pierde los estribos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21 Activamente desafía o se niega a aceptar las peticiones o reglas de los adultos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22 Molesta deliberadamente a la gente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23 Culpa a otros de sus errores o malas conductas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24 Es susceptible o fácilmente moleestado por otros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25 Se enoja o es resentido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26 Es rencoroso y quiere vengarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Solo para uso de la oficina:
2 y 3s: /9

Solo para uso de la oficina:
2 y 3s: /9

Solo para uso de la oficina:
2 y 3s: /8



Sintomas (continuara)	Nunca (0)	A Veces (1)	Menudo (2)	Muy a Menudo (3)	
27 Molesta, amenaza, o intimida a otros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
28 Empieza peleas físicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
29 Miente para salir de problemas o para evitar obligaciones (ie. "Contras" otros)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
30 Está ausente de la escuela (escuela de Salta) sin permiso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
31 Es físicamente cruel con personas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
32 Ha robado cosas que tienen valor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
33 Deliberadamente destruye propiedad de otros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
34 Ha utilizado una arma que puede causar daños graves (palo, cuchillo, ladrillo, pistola)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
35 Es físicamente cruel con los animales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
36 Deliberadamente ha orasionado incendios para causar daño	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
37 Ha entrado sin permiso a la casa, negocio o auto de otra gente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
38 Ha permanecido fuera de noche sin permiso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
39 Ha corrido lejos de casa durante la noche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
40 Alguien ha obligado la actividad sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<small>Solo para uso de la oficina:</small> 2 y 3s: /14
41 Temoroso, ansioso o preocupado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
42 Tiene miedo de probar cosas nuevas por temor a cometer errores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
43 Se siente inútil o inferior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
44 Culpa a sí mismo por problemas, se siente culpable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
45 Se siente sola, no deseado o sin amor; se queja de "nadie le quiere"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
46 Esta triste o deprimido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
47 Es auto-consciente o avergonzado fácilmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<small>Solo para uso de la oficina:</small> 2 y 3s: /7

Adaptado de la Vanderbilt Rating Scales desarrollado por Mark L. Wolraich, MD.

Actuacion	Excelente (1)	Promedio (2)	Medio (3)	Un poco de un problema (4)	Es un problema (5)	
48 Lectura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
49 Escritura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<small>Solo para uso de la oficina:</small> 4s: /3
50 Matematicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<small>Solo para uso de la oficina:</small> 5s: /3
51 Relacion con los padres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
52 Relacion con los hermanos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
53 Relacion con los companeros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<small>Solo para uso de la oficina:</small> 4s: /4
54 Participación en actividades organizadas (ej. equipos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<small>Solo para uso de la oficina:</small> 5s: /4

¿Efectos secundarios - cualquiera de los siguientes efectos secundarios o problema que vivió su hijo la semana pasada?	¿Estos efectos secundarios son actualmente un problema?			(S/N)	
	Nada (0)	Un Poco (1)	Moderado (3)	Severo (4)	
Dolor de cabeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dolor estomago	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Cambio de apetito - explique abajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Proplemas para dormir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Irritabilidad en el final de la mañana, tarde o noche - explique abajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Socialmente retirado - disminución de interacción con los demás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Extrema tristeza y llanto inusual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Comportamiento opaco, cansado, apático	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sentimiento de inestable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Movimientos repetitivos, tics, espasmos, TICs, ojo parpadeando - explique abajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Rasca en la piel o los dedos, uñas mordidas, mastica labio o mejilla - explique abajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ve o escucha cosas que no están ahí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	



ADVANCED PEDIATRIC ASSOCIATES

Hand in Hand for Healthy Kids

Date: _____

Child's Name: _____

Date of Birth: _____

Phone Number: _____

Dear Teacher

Because ADD/ADHD is a chronic condition requiring ongoing medication, it is our policy to follow children on medication every 3 months to monitor their progress and growth.

Please complete the enclosed questionnaires and return the questionnaires to the child's parent. If you have any questions regarding the questionnaires or this process, please do not hesitate to contact one of our ADD coordinators at 720-974- 7188.

Thank you for your cooperation. We look forward to working with you.

Sincerely,
ADHD Coordinator

Enclosures

Please return this letter with the completed questionnaires. Thank you!

For internal use only:	
Appointment:	
Packet reviewed by:	
Time spent in Review:	Time Required for Appt:

APA ADD154 8/2020

Administrative Office | 3300 S. Parker Road, Suite 404 | Aurora, CO 80014

Aurora Office
1300 S. Potomac Street, Suite 156 | Aurora, CO 80012

Parker Office
9397 Crown Crest Boulevard, Suite 330 | Parker, CO 80138

Centennial Office
5657 S.Himalaya Street, Suite 100 | Centennial, CO 80015

Central Park Office
2373 Central Park Boulevard, Suite 202 | Denver, CO 80238

Phone | 303-699-6200 Fax | 303-766-6903



FOLLOW-UP ADHD QUESTIONNAIRE FOR TEACHERS

Child's Name _____ Date Completed _____

Teacher's Name _____ Subject Taught _____

1. Did you complete an initial report on this child? _____ No _____ Yes

If no, how long have you known this child? _____

Daily average of hours with child: _____

2. What changes have there been since the last time this report was completed? Please note if there are variations in time of day and/or subject.

For the better: _____

For the worse: _____

3. What strengths does the child currently show at this time?

4. Where does the child struggle?

5. What could be improved?

Thank you. Please give the completed form to the child's parent for return to our office.



NICHQ Vanderbilt Assessment Follow-Up: Teacher Informant

Today's Date: _____ Child's Name: _____ Date of Birth: _____

Teacher's Name: _____ Class Name: _____ Period: _____

Directions: 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. Please indicate the number of weeks or months you have been able to evaluate the behaviors: _____.

Symptoms	Never	Occasionally	Often	Very Often
1 Fails to give attention to details or makes careless mistakes inschoolwork	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Has difficulty sustaining attention to tasks or activities	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Does not seem to listen when spoken to directly	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Does not follow through when given directions and fails to finish schoolwork (not due to oppositional behavior or failure to understand)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Has difficulty organizing tasks andactivities	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Avoids, dislikes, or is reluctant to engage in tasks that require sustained mental effort	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Loses things necessary for tasks or activities (school assignments, pencils, books)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Is easily distracted by extraneous stimuli	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Is forgetful indaily activities	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<small>For office use only: 2 & 3s: /9</small>				
10 Fidgets with hands or feet or squirms in seat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Leaves seat in classroom or in other situations in which remaining seated is expected	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Runs about or climbs excessively in situations in which remaining seated is expected	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Has difficulty playing or engaging in leisure activities quietly	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Is "on the go" or often acts as if "driven by a motor"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Talks excessively	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Blurts out answers before questions have been completed	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Has difficulty waiting in line	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Interrupts or intrudes in on others' conversationsand/or activities (eg, butts into conversations/games)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<small>For office use only: 2 & 3s: /9</small>				
19 Loses temper	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Actively defies or refuses to go along with adults' requests or rules	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21 Is angry or resentful	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22 Is spiteful and vindictive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23 Bullies, threatens, or intimidates others	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24 Initiates physical fights	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25 Lies to obtain goods for favors or to avoid obligations (ie. "cons" others)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26 Is physically cruel to people	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27 Has stolen items of nontrivial value	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28 Deliberately destroysothers' property	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<small>For office use only: 2 & 3s: /10</small>				



Symptoms	Never	Occasionally	Often	Very Often	
29 Is fearful, anxious, or worried	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
30 Is self-conscious or easily embarrassed	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
31 Is afraid to try new things for fear of making mistakes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
32 Feels worthless or inferior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
33 Blames self for problems; feels guilty	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
34 Feels lonely, unwanted, or unloved; complains "no one loves him/her"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
35 Is sad, unhappy, or depressed	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	For office use only: 2 & 3s: /7

Academic Performance	Excellent	Above Average	Average	Somewhat of a Problem	Problematic	
36 Reading	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
37 Mathematics	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	For office use only: 4s: /3
38 Written expression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	For office use only: 5s: /3

Classroom Behavioral Performance	Excellent	Above Average	Average	Somewhat of a Problem	Problematic	
39 Relationship with peers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
40 Following directions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
41 Disrupting class	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
42 Assignment completion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	For office use only: 4s: /5
43 Organizational skills	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	For office use only: 5s: /5

Adapted from the Vanderbilt Rating Scales developed by Mark L. Wolraich, MD.

Are these side effects currently a problem? _____ (Y/N)

Side Effects: Has the child experienced any of the following side effects or problems in the past week?

	None	Mild	Moderate	Severe
Headache	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stomachache	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Change of Appetite - Explain Below	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trouble Sleeping	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Irritability in the late morning, late afternoon, or evening - explain below	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Socially withdrawn - decreased interaction with others	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Extreme sadness or unusual crying	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dull, tired, listless behavior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tremors/feeling shaky	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Repetitive movements, tics, jerking, twitching, eye blinking - explain below	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Picking at skin or fingers, nail biting, lip or cheek chewing - explain below	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sees or hears things that aren't there	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Explain/Comments:

Adapted from the Pittsburgh side effects scale, developed by William E. Palham, Jr, PhD.