



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: _____

El nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de teléfono: _____

Querido padre/madre:

Debido a que el TDAH es una afección crónica que requiere medicación continua, es el estándar de atención y nuestra política ver a su hijo cada 3 meses para monitorear su progreso y crecimiento. Nuestros registros indican que es hora de la visita de evaluación de medicamentos de su hijo, que es necesaria antes de que se pueda volver a surtir o emitir una receta.

Adjunto encontrará los formularios para que usted y su hijo los completen y nos los devuelvan. Una vez que el Proveedor haya recibido y revisado los formularios, nos comunicaremos con usted para programar una cita para una evaluación de medicamentos.

Tenga en cuenta que existen cargos adicionales relacionados con la puntuación y evaluación de estos cuestionarios. Estos cargos se agregarán al cargo por visita al consultorio en la fecha de la visita.

Gracias por su cooperación. Mientras tanto, no dude en llamar al (720) 974-7188 si tiene preguntas sobre este proceso. Esperamos con interés trabajar con usted.

Sinceramente,
Coordinador de ADHD

Recintos

Envíe esta carta con los cuestionarios completados. ¡Gracias!

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

- Questionnaire Teacher Report Card

APA ADD064S 8/2020

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

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



Sintomas (continuar)	Nunca	A Veces	Menudo	Muy a Menudo	
27 Molesta, amenaza, o intimida a otros	●	●	●	●	
28 Empieza peleas físicas	●	●	●	●	
29 Miente para salir de problemas o para evitar obligaciones (ie. "Contras" otros)	●	●	●	●	
30 Está ausente de la escuela (escuela de Salta) sin permiso	●	●	●	●	
31 Es físicamente cruel con personas	●	●	●	●	
32 Ha robado cosas que tienen valor	●	●	●	●	
33 Deliberadamente destruye propiedad de otros	●	●	●	●	
34 Ha utilizado una arma que puede causar daños graves (palo, cuchillo, ladrillo, pistola)	●	●	●	●	
35 Es físicamente cruel con los animales	●	●	●	●	
36 Deliberadamente ha orasonado incendios para causar daño	●	●	●	●	
37 Ha entrado sin permiso a la casa, negocio o auto de otra gente	●	●	●	●	
38 Ha permanecido fuera de noche sin permiso	●	●	●	●	
39 Ha corrido lejos de casa durante la noche	●	●	●	●	
40 Alguien ha obligado la actividad sexual	●	●	●	●	<small>Solo para uso de la oficina:</small> 2 y 3s: /14
41 Temeroso, ansioso o preocupado	●	●	●	●	
42 Tiene miedo de probar cosas nuevas por temor a cometer errores	●	●	●	●	
43 Se siente inútil o inferior	●	●	●	●	
44 Culpa a sí mismo por problemas, se siente culpable	●	●	●	●	
45 Se siente sola, no deseado o sin amor; se queja de "nadie le quiere"	●	●	●	●	
46 Esta triste o deprimido	●	●	●	●	
47 Es auto-consciente o avergonzado fácilmente	●	●	●	●	<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	Promedio	Medio	Un poco de un problema	Es un problema	
48 Lectura	●	●	●	●	●	
49 Escritura	●	●	●	●	●	<small>Solo para uso de la oficina:</small> 4s: /3
50 Matematicas	●	●	●	●	●	<small>Solo para uso de la oficina:</small> 5s: /3
51 Relacion con los padres	●	●	●	●	●	
52 Relacion con los hermanos	●	●	●	●	●	
53 Relacion con los companeros	●	●	●	●	●	<small>Solo para uso de la oficina:</small> 4s: /4
54 Participación en actividades organizadas (ej. equipos)	●	●	●	●	●	<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	Un Poco	Moderado	Severo	
Dolor de cabeza	●	●	●	●	
Dolor estomago	●	●	●	●	
Cambio de apetito - explique abajo	●	●	●	●	
Proplemas para dormir	●	●	●	●	
Irritabilidad en el final de la mañana, tarde o noche - explique abajo	●	●	●	●	
Socialmente retirado - disminución de interacción con los demás	●	●	●	●	
Extrema tristeza y llanto inusual	●	●	●	●	
Comportamiento opaco, cansado, apático	●	●	●	●	
Sentimiento de inestable	●	●	●	●	
Movimientos repetitivos, tics, espasmos, TICs, ojo parpadeando - explique abajo	●	●	●	●	
Rasca en la piel o los dedos, uñas mordidas, mastica labio o mejilla - explique abajo	●	●	●	●	
Ve o escucha cosas que no están ahí	●	●	●	●	



Escala de síntomas actuales del adolescente: formulario de autoinforme

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Encierre en un círculo el número junto a cada elemento que mejor describa su comportamiento durante los últimos 6 meses.

Artículos	Nunca o Raramente	Algunas veces	A menudo	Muy A menudo
No prestar mucha atención a los detalles o cometer errores por descuido en mi trabajo	0	1	2	3
Moverse con las manos o los pies o retorcerse en el asiento	0	1	2	3
Tengo dificultad para mantener mi atención en tareas o actividades divertidas.	0	1	2	3
Dejar mi asiento en situaciones en las que se espera un asiento	0	1	2	3
No escuches cuando te hables directamente	0	1	2	3
Sentirse inquieto	0	1	2	3
No siga las instrucciones y no termine el trabajo	0	1	2	3
Tiene dificultad para participar en actividades de ocio o hacer cosas divertidas en silencio.	0	1	2	3
Tiene dificultad para organizar tareas y actividades.	0	1	2	3
Siéntete "en movimiento" o "impulsado por un motor"	0	1	2	3
Evitar, no me gusta o soy reacio a participar en trabajos que requieran un esfuerzo mental sostenido	0	1	2	3
Hablar excesivamente	0	1	2	3
Pierde cosas necesarias para tareas o actividades	0	1	2	3
Responda rápidamente antes de que se hayan completado las preguntas	0	1	2	3
Estoy fácilmente distraído	0	1	2	3
Tiene dificultad para esperar su turno	0	1	2	3
Soy olvidadizo en las actividades diarias	0	1	2	3
Interrumpir o inmiscuirse en otros	0	1	2	3

De Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: un libro de trabajo clínico (2ª ed.) Por Russel A. Barkley y Kevin R.

Puntuación total de síntomas: _____

Murphy. Copyright 1998 de The Guilford Press.



Adolescent Current Symptoms Scale – Self Report Form

Name: _____ Date: _____

Instructions: Please circle the number next to each item that best describes your behavior during the past 6 months.

Items	Never or Rarely	Sometimes	Often	Very Often
Fail to give close attention to details or make careless mistakes in my work	0	1	2	3
Fidget with hands or feet or squirm in seat	0	1	2	3
Have difficulty sustaining my attention in tasks or fun activities	0	1	2	3
Leave my seat in situations in which seating is expected	0	1	2	3
Don't listen when spoken to directly	0	1	2	3
Feel restless	0	1	2	3
Don't follow through on instructions and fail to finish work	0	1	2	3
Have difficulty engaging in leisure activities or doing fun things quietly	0	1	2	3
Have difficulty organizing tasks and activities	0	1	2	3
Feel "on the go" or "driven by a motor"	0	1	2	3
Avoid, dislike, or am reluctant to engage in work that requires sustained mental effort	0	1	2	3
Talk excessively	0	1	2	3
Lose things necessary for tasks or activities	0	1	2	3
Blurt out answers before questions have been completed	0	1	2	3
Am easily distracted	0	1	2	3
Have difficulty awaiting turn	0	1	2	3
Am forgetful in daily activities	0	1	2	3
Interrupt or intrude on others	0	1	2	3

From *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Clinical Workbook* (2nd ed.) by Russel A. Barkley and Kevin R. Murphy. Copyright 1998 by The Guilford Press.

Total Symptom Score _____