



ADVANCED PEDIATRIC ASSOCIATES

Hand in Hand for Healthy Kids

Estimados padres:

Este es el paquete de ADHD que usted solicito para su hijo/a. En este paquete esta incluido un cuestionario para que sea completado por usted, y el maestro/a. Si su hijo/a esta en la secundaria o es mayor, es necesario haber completado los cuestionarios de al menos dos profesores para facilitar el diagnóstico correcto de su hijo/a. Para nosotros poder evaluar y examinar esta información, necesitaremos estos cuestionarios y cualquier otra evaluacion que se le haya hecho a su hijo/a en la escuela. Tambien vamos a solicitar que se programe la evaluación inicial de ADHD y todas las visitas de seguimiento con el proveedor de cuidado que su hijo ve mas a menudo para los exámenes físicos.

Por favor, tenga en cuenta, hay cargos adicionales para la evaluación de estos cuestionarios. Estos gastos se ariadiran a la cuenta en la fecha de la visita.

Gracias por su cooperación en completar y devolver el paquete a nuestra oficina. Cuando recibamos los cuestionarios nos pondremos en contacto con usted para hacer la cita inicial para la evaluacion de ADHD. Mientras tanto, por favor no dude en llamar al, (720) 974-7188, si usted tiene alguna pregunta.

Atentamente,
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:

- 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 inicial para padres con TDAH

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Fecha de hoy: _____ Nombre de la persona que completó esta forma: _____

Relación al niño: _____

En sus propias palabras ¿cuál es la razón detrás de esta evaluación?

¿Cuándo notó por primera vez estos problemas? _____

¿Hubieron preocupaciones o retrasos durante los primeros años del desarrollo, el comportamiento o el procesamiento sensorial? Si los tuvo ¿ocupó terapia física, ocupacional o terapia del habla?

Anote las evaluaciones que haya tenido antes en la escuela ó sobre el desarrollo. Incluya donde fueron hechas, cuando, y los resultados. _____

Indique los maestros, tutores, u otros profesionales de la escuela que participan actualmente con su hijo y indique si tiene un plan de acción educativo como un (IEP, 504): _____

¿Ha tenido su hijo terapia con un psicólogo, psiquiatra, trabajador social u otro profesional?

¿Usted o su hijo han tomado algún medicamento para la salud emocional o mental o comportamiento? ¿Qué tomo y cuando? Incluya medicamentos herbales o de venta libre:

Historial médico

Proporcione fechas estimadas y una explicación breve de las siguientes situaciones:

Problemas durante el embarazo, parto o infancia: _____

Hospitalizaciones, cirugías, enfermedades graves, o accidentes: _____

Condiciones del corazón diagnosticadas anteriormente, palpitaciones desmayos o convulsiones: Traumatismos

de la cabeza, fracturas del cráneo: _____

Historia del sueño

Hora de dormir: _____ Tiempo que tarda para dormir: _____ ¿Dónde duerme? _____

Hora de despertar: _____ ¿Dificultad al despertar? _____

¿Hay dificultad para que el niño se quede dormido? _____

Abilidades escolares y sociales

¿Cuáles son los mejores materias de su hijo en la escuela? _____

¿Necesita su hijo ayudas adicionales con las tareas? _____

Problemas de comportamiento ¿en el salón de clases? _____ ¿en la hora de recreo? _____

¿Qué bien se lleva su hijo con sus hermanos? _____

¿Con otros niños de la misma edad? _____ Con otros adultos? _____

¿Es fácil para su hijo hacer amigos? _____ ¿Qué tal con mantener amistades? _____

¿Describiría a su hijo como tímido? _____ ¿ansioso? _____ ¿mandón? _____ ¿sensible? _____

Asuntos del temperamento y la sensoria

¿Tiene su hijo áreas de interés intenso (como los dinosaurios, deportes, equipos armas, etc.)? _____

¿Este interés es positivo y productivo? ¿O demasiado enfocado/excesivo? _____

¿Su hijo reacciona agresivamente a las burlas o si las cosas no van como quiere? _____

¿Su hijo tiene colapsos emocionales sobre asuntos insignificantes? _____

Cuando era bebé, ¿cómo era su temperamento o personalidad? _____

- Fácil - no lloraba mucho, dormía y comía a tiempo, cariñoso, fácil de calmar
- Promedio - usualmente entre un temperamento fácil y difícil
- Sensible: se enfiaba fácilmente, funcionaba con un horario fijo, pero tierno y fácil de calmar
- Difícil - difícil de satisfacer, quejombroso, no comía o dormía a tiempo, con cólicos

¿Se mantuvo la personalidad que jombroso de su hijo en el preescolar y en los años después? Sí No

Familia

Teniendo una imagen completa de la vida de su familia nos permite determinar la mejor manera de ayudar a su hijo. Quién vive en casa: _____

¿Nivel mas alto de educación de la madre? _____

¿Nivel mas alto de educación del padre? _____

Si está divorciado, describa los arreglos de la custodia: _____

Describa cualquiera de los siguientes problemas que tenga: salud, matrimonio, trabajo, parientes, amigos, personal / emocional: _____

Eventos estresantes de la familia:

Indique cualquiera de los siguientes eventos que hayan ocurrido en los últimos 12 meses:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Divorcio o separación de los padres | <input type="checkbox"/> Fallecimiento de un amigo cercano | <input type="checkbox"/> Preocupación sobre recursos alimentarios |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de la familia | <input type="checkbox"/> Accidente automovil | <input type="checkbox"/> Niño cambió de escuela/guardería |
| <input type="checkbox"/> Mudancia | <input type="checkbox"/> Nuevo miembro del hogar | <input type="checkbox"/> Incendio de la casa, o desastre natural |
| <input type="checkbox"/> Estrés del hogar | <input type="checkbox"/> Ausencia de un padre | <input type="checkbox"/> Miembro de la familia fue víctima de un crimen |
| <input type="checkbox"/> Asuntos financieros o legales | <input type="checkbox"/> Cambio o pérdida de trabajo | <input type="checkbox"/> Niño fue testigo de abuso u otra situación sexual |
| <input type="checkbox"/> Muerte de una mascota | <input type="checkbox"/> Preocupación del hogar | |
| <input type="checkbox"/> Otro evento: _____ | | |

Eventos estresantes del niño:

¿Su hijo ha sido víctima de:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Abuso físico | <input type="checkbox"/> Abuso sexual |
| <input type="checkbox"/> Abuso emocional o verbal | <input type="checkbox"/> Acoso en la escuela |
| <input type="checkbox"/> Crimen | <input type="checkbox"/> Intimidación |
| <input type="checkbox"/> Ser testigo de violencia en el hogar. | <input type="checkbox"/> Ser testigo de crimen |
| <input type="checkbox"/> No estoy seguro _____ | |

¿Su hijo ha sufrido un evento que haya puesto su vida en peligro (incendio de la casa, accidente de auto, etc.)? _____

¿Se ha separado su hijo de sus padres por más de una semana (hospitalización del madre o padre o un viaje de negocios prolongado, ausencia por haber cuidado a otra persona, visitando a familiares o amigos, campamento)? _____

Historia familiar:

Indique a algún familiar del niño con alguno de los siguientes problemas:

	Hermanos Hermanas	Madre natural	Parientes de la madre	Padre natural	Parientes del padre
Trastorno obsesivo-compulsivo o hábitos mimados, exigentes, o tercios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tics u otros hábitos nerviosos, syndrome de Tourette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión por más de 2 semanas, medicamentos para estado de ánimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suicidio o intento de suicidio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psicosis o esquizofrenia, hospitalización para problemas mentales o emocionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuso de alcohol o drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas legales, arrestos, encarcelamiento pruebas judiciales, "siempre en problemas"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas médicos graves o crónicos: cáncer, sordera, problemas cardíacos, convulsiones, diabetes, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juegos de azar, compras u otras compulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Hay algo más que debemos saber sobre su hijo o familia? _____

FECHA DE HOY _____

COMPLETADO POR _____

NAME _____

RECORD # _____

D.O.B. _____

Lista de Síntomas Pediátricos (Pediatric Symptom Checklist –PSC)

La salud física y emocional son importantes para cada niño. Los padres son los primeros que notan un problema de la conducta emocional o del aprendizaje de su hijo(a). Ud. puede ayudar a su hijo(a) a obtener el mejor cuidado de su doctor por medio de contestar estas preguntas. Favor de indicar cual frase describe a su hijo(a)

Indique cual síntoma mejor describe a su hijo/a:

	NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE
	(0)	(1)	(2)
1. Se siente triste, infeliz -----	1. _____	_____	_____
2. Se siente sin esperanzas-----	2. _____	_____	_____
3. Se siente mal de sí mismo(a)-----	3. _____	_____	_____
4. Se preocupa mucho-----	4. _____	_____	_____
5. Parece divertirse menos -----	5. _____	_____	_____
6. Es inquieto(a), incapaz de sentarse tranquilo(a)-----	6. _____	_____	_____
7. Sueña despierto demasiado-----	7. _____	_____	_____
8. Se distrae fácilmente-----	8. _____	_____	_____
9. Tiene problemas para concentrarse-----	9. _____	_____	_____
10. Es muy activo(a), tiene mucha energía-----	10. _____	_____	_____
11. Pelea con otros niños-----	11. _____	_____	_____
12. No obedece las reglas -----	12. _____	_____	_____
13. No comprende los sentimientos de otros -----	13. _____	_____	_____
14. Molesta o se burla de otros -----	14. _____	_____	_____
15. Culpa a otros por sus problemas -----	15. _____	_____	_____
16. Se niega a compartir -----	16. _____	_____	_____
17. Toma cosas que no le pertenecen -----	17. _____	_____	_____
		Total	_____

¿Tiene su hijo(a) algún problema emocional o del comportamiento para el cual necesita ayuda?----- No Sí

Completado por: Paciente

Nombre: _____

ID #: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha de hoy: _____

LISTA DE SÍNTOMAS DE PEDIATRIA – INFORME DEL JOVEN (Y-PSC-17)

PEDIATRIC SYMPTOM CHECKLIST-17 YOUTH REPORT

Indique cual síntoma mejor te describe: (Please mark under the heading that best fits you)	NUNCA Never (0)	A VECES Sometimes (1)	SEGUIDO Often (2)
1. Eres inquieto(a) (Fidgety, unable to sit still)			
2. Te sientes triste, infeliz (Feel sad, unhappy)			
3. Eres muy soñador(a) (Daydream too much)			
4. Te rehusas a compartir (Refuse to share)			
5. No comprendes los sentimientos de otros (Do not understand other people's feelings)			
6. Te sientes sin esperanzas (Feel hopeless)			
7. Tienes problemas para concentrarte (Have trouble concentrating)			
8. Te peleas con otros niños(as) (Fight with other children)			
9. Te criticas a ti mismo(a) (Down on yourself)			
10. Culpas a otros por tus problemas (Blame others for your troubles)			
11. Parece que te diviertes menos (Seem to be having less fun)			
12. No obedeces reglas (Do not listen to rules)			
13. Eres incansable (Act as if driven by motor)			
14. Molestas a otros (Tease others)			
15. Te preocupas mucho (Worry a lot)			
16. Tomas cosas que no te pertenecen (Take things that do not belong to you)			
17. Te distraes fácilmente (Distracted easily)			

Total _____

- **Tienes algún problema emocional o de comportamiento para el cual quieres ayuda?** No Sí
Do you have any emotional or behavioral problems for which you want help?
- **De momento ¿te estás consultando con un profesional de salud mental?** No Sí
Are you currently seeing a mental health counselor?

M.S. Jellinek and J. M. Murphy, Massachusetts General Hospital



NICHQ Vanderbilt Escala de Evaluacion: Informante de Padres

Fecha de hoy: _____

Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento del niño: _____

Nombre de los padres: _____

Instrucciones: Cada calificación se debe considerar en el contexto de lo que es apropiado para la edad de su hijo. Al completar este formulario, por favor, piense en el comportamiento de su hijo en los últimos 6 meses.

Esta evaluación esta basada en un momento en que el niño:

- Tomo en 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 la atención a lo que hay que hacer	<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, le disgusta o no quiere comenzar tareas que requieren continuo esfuerzo mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Pierde cosas necesarias para tareas o actividades (juguetes, tareas escolares, lápices, libros)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Se distrae fácilmente con 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"/>
<small>Solo para uso de la oficina:</small> 2 y 3s: /9				
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 el 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 dificultades para jugar or empezar actividades tranquilas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Esta "sobre la marcha" o suele actuar como si "tuviera 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 Se entromete o interrumpe las conversaciones y/o actividades de los demas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<small>Solo para uso de la oficina:</small> 2 y 3s: /9				
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 Desafía activamente o se niega a ir junto con 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 mal comportamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24 Es susceptible o facilmente molestado 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"/>
<small>Solo para uso de la oficina:</small> 2 y 3s: /8				



Sintomas (continuará)	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. "Contra" otros)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
30 Se ausenta de la escuela (falta clases) 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 ocasionado 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 solo, 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

Actuación	Un poco de un problema				Es un problema	
	Excelente (1)	Promedio (2)	Medio (3)	(4)	(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

Otras Condiciones

TIC comportamientos: A lo mejor de su conocimiento, sírvase indicar si este niño muestra los siguientes comportamientos:

- Tics motores:** Movimientos rápidos y repetitivos como ojo parpadeando, muecas, nariz que crispas, imbéciles cabeza, hombro boleros, brazo idiotas, idiotas cuerpo o patadas rápidas.
 No hay tics presente Si, se producen casi todos los días, pero pasan desapercibidos Si, tics notables ocurren casi todos los días
- Tics fónicos (Vocal):** Ruidos repetitivos incluyendo pero no limitado a aclarar la garganta, tos, chiflar, chillando, ladrar, gruñir o repetición de palabras o frases cortas.
 No hay tics presente Si, se producen casi todos los días, pero pasan desapercibidos Si, tics notables ocurren casi todos los días
- Si sí a 1 o 2, estos tics interfieren con las actividades del niño (como lectura, escritura, caminando, hablando, o comiendo). Si No

Previo diagnóstico y tratamiento: A lo mejor de su conocimiento, por favor, conteste las siguientes preguntas:

- ¿Su hijo ha sido diagnosticado con un desorden tic o el síndrome de Tourette? Si No
- ¿Su hijo en medicación para un desorden tic o el síndrome de Tourette? Si No
- ¿Su hijo ha sido diagnosticado con la depresión? Si No
- ¿Su hijo toma medicación para la depresión? Si No
- ¿Su hijo ha sido diagnosticado con algún trastorno de ansiedad? Si No
- ¿Su hijo ha sido diagnosticado con un aprendizaje o un trastorno del lenguaje? Si No



ADVANCED PEDIATRIC ASSOCIATES

Hand in Hand for Healthy Kids

Date: _____

Child's Name: _____

Date of Birth: _____

Phone Number: _____

Dear Teacher:

The parent(s) of the above child have requested an evaluation by our office for a health concern. As part of the evaluation process, we ask that both the child's parent(s) and teacher(s) complete a set of behavioral rating scales.

Enclosed please find a set of teacher rating scales and questionnaires for your attention. These forms include: (1) Teacher Questionnaire and 2) NICHQ Vanderbilt Teacher Assessment Scale.

Generally, the teacher who spends the most time with the child should complete these forms. 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 forms from each teacher. If this is the case, please feel welcome to make the necessary copies.

Please fill out the forms as completely as possible. If you do not know the answer to a question, please write "Don't know," so that we can be sure the item was not overlooked. After the forms are completed, please return them to the child's parent(s) for forwarding to our office.

Thank you for your assistance and cooperation in the completion of these forms. If you have any questions, please do not hesitate to contact our office.

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:

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



ADHD Initial Teacher Questionnaire

Hand in Hand for Healthy Kids

Child's Name _____ Date Completed _____

School Name _____ Child's Grade _____

Teacher's Name _____ Subject Taught _____

Hours with child (daily average) _____ Number of students in class _____

1. How long have you known this child? _____

In your own words, briefly describe this child's main problem: _____

2. Please rate this child's academic success compared to other children the same age:

____ Much Worse

____ Worse

____ About the Same

____ Better

____ Much Better

3. Please rate this child's behavior compared to other children the same age:

____ Much Worse

____ Worse

____ About the Same

____ Better

____ Much Better

4. Number of school days absent/tardy:

5. Record the results of any IQ or other educational test this student has taken:

6. Please list consultations previously obtained from psychologists, neurologists, speech therapists, etc., or school staff:

7. Please list or describe any special help or services this child is receiving inside/outside your class:



NICHQ Vanderbilt Assessment Scale: 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 in schoolwork.	<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 and activities	<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 in daily activities	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	For office use only: 2 & 3s: /9
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' conversations and/or activities (eg, butts into conversations/games)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	For office use only: 2 & 3s: /9
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 destroys others' property	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	For office use only: 2 & 3s: /9



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	Somewhat			Problematic	
		Above Average	Average	of a Problem		
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

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

Other Conditions

Tic Behaviors: To the best of your knowledge, please indicate if this child displays the following behaviors:

- 1 **Motor Tics:** Rapid, repetitive movements such as eye blinking, grimacing, nose twitching, head jerks, shoulder shrugs, arm jerks, body jerks, or rapid kicks.
 No tics present Yes, they occur nearly every day but go unnoticed Yes, noticeable tics occur nearly every day
- 2 **Phonic (Vocal) Tics:** Repetitive noises including but not limited to throat clearing, coughing, whistling, sniffing, snorting, screeching, barking grunting, or repetition of words or short phrases.
 No tics present Yes, they occur nearly every day but go unnoticed Yes, noticeable tics occur nearly every day
- 3 If YES to 1 or 2, do these tics interfere with the child's activities (like reading, writing, walking, talking, or eating)? No Yes

Comments