

Estimado padre de familia o cuidador:

El folleto adjunto explica cómo prepararse para su cita en la Clínica Pediátrica de Desarrollo y Comportamiento de la Universidad de California Campus San Diego (UCSD, por sus siglas en inglés). Por favor, lea **PRIMERO** el folleto completo ya que puede contestarle sus preguntas o dudas. Los siguientes pasos describen el proceso para obtener una cita:

1 El médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) o el proveedor que realiza la derivación envía por fax la derivación al 858-496-9257.

Este paquete contiene el formulario que usted debe entregarle a su PCP para que lo llene, no obstante, consulte con su PCP para ver si ya inició el proceso de derivación. El formulario de derivación del PCP debe incluir los códigos de diagnóstico del paciente.

2 Autorización del seguro: para que se programe la cita de su consulta, debemos recibir la autorización de su seguro o usted debe aceptar pagar por usted mismo. La autorización se solicitará una vez que el paquete esté completo y el paciente lo haya entregado. Usted será responsable de los copagos, deducibles o pagos por cuenta propia al momento de la consulta.

3 Formulario de inscripción infantil y cuestionarios

Pídale al maestro de su hijo (o maestros, si tiene varios) que conteste el **cuestionario escolar**. Si su hijo no va a la escuela, entonces la niñera, proveedor de servicios de guardería, consejero de campamento, tutor, etc. pueden contestar el cuestionario escolar. Puede pedirle al maestro que envíe los formularios, sin embargo, recomendamos que le pida los formularios al maestro de su hijo y los envíe junto con el resto del paquete. **Los padres deben llenar el formulario de inscripción infantil y el cuestionario para padres dentro de los 60 días de haberlos recibidos.**

La oficina de la Clínica Pediátrica de Desarrollo y Comportamiento debe recibir todos los cuestionarios contestados antes de programar una cita:

4 Los formularios LLENADOS pueden enviarse a la Clínica Pediátrica de Desarrollo y Comportamiento de una de 3 maneras:

Por correo postal:

UCSD Pediatric Associates
Attn: Developmental-Behavioral Pediatrics
7910 Frost St, Suite 360
San Diego, CA 92123

Por Fax:

(858) 496-9257

En persona, en la clínica:

UCSD Developmental Behavioral Pediatrics
7910 Frost Street, Suite 360 San Diego, CA 92123

5 Puede proporcionar la **documentación adicional** que considere útil para la evaluación de su hijo, por ejemplo:

- Documentos de la escuela, como los programas personalizados de educación (IEP, por sus siglas en inglés) y evaluaciones escolares
- Evaluaciones realizadas en otros centros médicos (por ejemplo, neurología, genética, etc.)
- Evaluaciones realizadas en centros no médicos, como California Early Start, Regional Center, First 5
- Análisis de laboratorio o estudios por imágenes realizados fuera de Rady Children's Hospital
- Notas o una carta del terapeuta o consejero, si es que su hijo ha visto a uno.

6 Programación: una vez que se hayan realizado todos los pasos, el personal se comunicará con usted para programar la consulta.

Si tiene preguntas, por favor llame al (858) 246 0053

Quedamos en espera de servirle a su familia



Estimados Padres,

Su niño(a) está siendo evaluado(a) por problemas en poner atención, problemas en la escuela, o problemas de conducta. Como parte de esta evaluación, les pedimos que sigan los siguientes pasos:

PASO#1:

- Completen el formulario de registro y**
- Completen las formas de los padres.**

PASO #2:

- Lleven las formas de la escuela a el maestro/la maestra de su niño(a).**
 - **Si su niño(a) tiene más de un(a) maestro(a),** Por favor asegurese de que **DOS MAESTROS(AS)** completen el paquete. (Usted o la escuela pueden hacer copias de las formas).
 - **Si su niño(a) está de vacaciones o no esta inscrito en la escuela, usted puede:**
 - Esperar a que comiencen las clases o
 - Puede darle las formas a la persona que cuida a su niño(a) o a su consejero, si se encuentra en un campamento.
- Colecten las formas que fueron llenadas por el/la maestro(a) de su niño(a).**

PASO #3:

- Cuando hayan llenado las formas de los padres y hayan colectado las formas de los maestros, **HAGAN UNA CITA** con el/la doctor(a) de su niño(a).**

Gracias por su interés y por el compromiso que mantienen por ayudar a su niño(a). Estamos deseosos de trabajar con ustedes.



FORMULARIO DE REGISTRO DEL NIÑO

Por favor usar letra de molde

Nombre del niño/de la niña:	Sexo: M F	Fecha de nacimiento:
Dirección de correo:	Ciudad:	Estado/Zona Postal:
Teléfono de casa, con código del área ()	Seguro médico del niño:	
Numero de suguro social del niño/de la niña:	Grupo Etnico/raza del niño:	

Guardian legal del niño/de la niña (Circule uno): Madre Padre Ambos Otro tutor/persona responsable: _____

Nombre de la madre:	Fecha de nacimiento:	Teléfono de casa: ()
Estado civil: Sol Cas Vda Div Separ	si vuelta a casar, nombre del esposo:	
Dirección de correo:	Ciudad:	Estado/Zona Postal:
<i>Si es aplicable:</i> Ocupación	Lugar de trabajo:	
Teléfono del trabajo ()	Celular/ Localizador ()	

Nombre del padre:	Fecha de nacimiento:	Teléfono de casa: ()
Estado civil: Sol Cas Vdo Div Separ	si vuelto a casar, nombre de la esposa:	
Dirección de correo:	Ciudad:	Estado/Zona Postal:
<i>Si es aplicable:</i> Ocupación	Lugar de trabajo:	
Teléfono del trabajo ()	Celular/ Localizador ()	

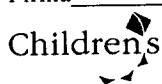
Si hay algun otro guardian que no sea el padre o la madre del niño/de la niña, favor de completar la siguiente informacion:

Otro(s) tutor(es)/ persona(s) responsable(s):	Fecha de nacimiento:	Teléfono de casa: ()
Relación con el niño:	Estado civil: Sol Cas Vdo Div Separ	
Dirección de correo:	Ciudad:	Estado/Zona Postal:
<i>Si es aplicable:</i> Ocupación	Lugar de trabajo:	
Teléfono del trabajo ()	Celular/ Localizador ()	

PADRES: Antes de que podamos evaluar a su hijo(a), necesitamos colectar información de la escuela, de los expedientes médicos de su hijo(a), y de otros profesionales que esten involucrados en el cuidado de su hijo(a). Necesitamos su permiso para hacer esto. Por favor firme abajo.

EXPEDIENTES MÉDICOS: Doy mi autorización para que se proporcione cualquier información entre los profesionales que están tratando a mi niño(a), incluyendo otros médicos, psicólogos, consejeros y personal de la escuela; esto incluye: resultados de pruebas psicoeducativas, evaluaciones de calificaciones, reportes de calificaciones, planes individuales educativos (IEPs), y comentarios, opiniones, pareceres o impresiones. Una copia de esta autorización es tan válida como el documento original, hasta 24 meses de la fecha indicada abajo.

Firma _____ Fecha _____

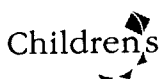


Preparado por el Centro de Investigación de Niños y Adolescentes (CASRC) en colaboración con el Comité de Guías para TDAH (ADHD) en Pediatría (proyecto C-GAP) del Hospital Infantil y Centro de Salud (Children's Hospital and Health Center (CHHC)), para uso en el proyecto ADHD en San Diego. Derechos de autor © CHHC San Diego, 2003. Reservados todos los derechos. Este documento no puede ser copiado ni reproducido de ninguna manera, ni parcial ni totalmente, sin la autorización expresa de CASRC y CHHC en San Diego.



CUESTIONARIO PARA LOS PADRES: SALUD DEL NIÑO

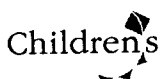
Nombre del niño/ de la niña:		Fecha de hoy:	
Fecha de nacimiento:		Edad:	
Doctor del niño:		Teléfono del doctor:	
Nombre de la persona que está llenando este formulario:		Relación con el niño:	Teléfono:
¿Quién le sugirió que un doctor viera al niño/ a la niña por problemas de atención, de conducta, o problemas en la escuela?			
¿Qué preocupaciones tiene con este(a) niño(a)?			
1.			
2.			
3.			
¿Cuánto tiempo ha estado preocupado(a) por la conducta o el comportamiento del niño(a)?			
Por favor describa las áreas más fuertes (puntos fuertes o cualidades) del niño en la casa :		Por favor describa las áreas más débiles (puntos débiles o defectos) del niño en la casa :	
1.		1.	
2.		2.	
3.		3.	
Historial del nacimiento:			
¿Qué edad tenía la madre del niño cuando el niño/ la niña nació?			
Número de embarazos antes de que naciera este niño/ esta niña			
Número de niños que todavía viven			
Número de abortos espontáneos (fracasos, fallos, malogros o malpartos)			
¿Cuánto pesó el bebé al nacer? _____ Libras _____ Onzas			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Nació el(la) niño(a) dos semanas o más antes de "la fecha debida, esperada o supuesta como final del embarazo"?	
		Si nació antes de "la fecha debida o esperada", ¿qué tan temprano? _____ semanas	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Nació el bebé por medio de cesárea (C-section)?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Hubo problemas durante el embarazo?	
		Si la respuesta es sí, por favor describa:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Hubo uso o consumo de alguna(s) sustancia(s) durante el embarazo?	
		_____ Cerveza/ vino _____ Alguna medicina de receta _____ Metanfetaminas (Crystal / Ice) _____ Marijuána _____ Cocaína _____ Tabaco _____ Alcohol _____ Otra sustancia:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Hubo problemas durante el parto, al nacimiento o después del nacimiento?	
		Si la respuesta es sí, por favor describa:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿El padre natural del niño usó o consumió algunas sustancias o medicinas alrededor de la fecha de concepción del niño/ de la niña?	
		Si la respuesta es sí, por favor describa:	
Historia del desarrollo del niño:			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A los 8 meses, ¿el niño/ la niña ya se ponía derecho(a) o se sentaba derecho(a) sin necesitar apoyo ?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A los 10 meses, ¿ya gateaba el niño/ la niña?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A los 15 meses, ¿ya caminaba el niño/ la niña?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A los 2 años, ¿el niño/ la niña ya hablaba usando oraciones de dos palabras ?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A los 3 años de edad, ¿podían entender al niño/ la niña las personas que no lo/ la conocían?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A los 3 ½ años de edad, ¿el niño/ la niña ya se mantenía seco(a) o no se orinaba durante el día ?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A los 6 años de edad, ¿el niño/ la niña ya leía palabras fáciles o simples ?	





CUESTIONARIO PARA LOS PADRES: SALUD DEL NIÑO (continuación)

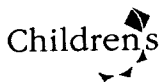
Nombre del niño/ de la niña:			
Historial de la conducta del niño/ de la niña:			
Sí	No	En la infancia, de bebé o cuando era chico(a), pequeño(a), ¿el niño/ la niña lloraba seguido o frecuentemente ?	
Sí	No	¿Era difícil calmar a este niño/ esta niña en su infancia, de bebé o cuando era chico(a)?	
Sí	No	En la infancia, de bebé o cuando era chico(a), ¿el niño/ la niña tenía problemas para dormir –por ejemplo, no se podía estar quieto(a), era nervioso(a), o era demasiado soñoliento(a), dormilón/ dormilona?	
Sí	No	En la infancia, de bebé o cuando era chico(a), ¿el niño/ la niña era delicado(a) o remilgoso(a) para comer, o no comía de forma regular ?	
Sí	No	Cuando estaba aprendiendo a caminar, ¿el niño/ la niña tenía muchos berrinches o rabietas ?	
Sí	No	¿Tuvo usted problemas porque no le duraban las niferas por culpa del comportamiento del niño(a)?	
Sí	No	¿El niño/ la niña se hace pipí, se mea u orina por accidente ?	
Sí	No	¿El niño/ la niña hace sus necesidades (se hace popó o caca) por accidente ?	
Sí	No	¿El niño/ la niña tiene pesadillas seguido o frecuentemente?	
Sí	No	¿Este(a) niño(a) ha tenido alguna vez tics, contracciones o movimientos nerviosos , tales como pestañear, tirones o sacudidas de la cabeza, encoger los hombros, sorber por la nariz, o aclarar la garganta repetidamente?	
Sí	No	¿El niño/ la niña tiene problemas para conciliar el sueño o para dormirse ? Especifique:	
Sí	No	¿El niño/ la niña tiene problemas de no poder permanecer dormido(a) durante la noche? Especifique:	
Sí	No	¿El niño/ la niña tiene problemas en levantarse por las mañanas? Especifique:	
Sí	No	¿El niño/ la niña tiene dolores de estómago y/ o de cabeza frecuentes ? Especifique:	
Sí	No	¿Este niño/ esta niña tiene problemas con su peso ?	
Historial de la salud:			
Sí	No	¿Ha tenido este niño/ esta niña problemas serios o importantes de salud ? Especifique:	
Sí	No	¿Ha tenido este niño/ esta niña infecciones del oído frecuentes?	
Sí	No	¿Ha tenido este niño/ esta niña problemas de la vista / de los ojos, o del oído ? Especifique:	
Sí	No	¿Alguna vez ha estado hospitalizado(a) , o ha tenido cirugía este(a) niño(a)? Especifique:	
Sí	No	¿Este niño/ esta niña tiene algún defecto de nacimiento o alguna marca de nacimiento ? Especifique:	
Sí	No	¿El niño(a) ha perdido el conocimiento o ha tenido una lesión seria en la cabeza ? Especifique:	
Sí	No	¿Ha tenido este niño/ esta niña meningitis o encefalitis ? Especifique:	
Sí	No	¿Ha tenido este niño/ esta niña ataques o convulsiones ?	
Sí	No	¿Ha tenido el niño/ la niña alguna dificultad con su crecimiento o con su peso ? Especifique:	
Historial médico de la familia: ¿Hay alguien en la familia de este niño/ esta niña que tenga o haya tenido lo siguiente?		Si la respuesta es sí, ¿qué relación tiene esta persona con el niño?	Por favor especifique:
Sí	No	Problemas neurológicos	
Sí	No	Problemas de aprendizaje o dificultades para leer	
Sí	No	Depresión	
Sí	No	Trastorno bipolar (cambios notables de ánimo o de humor; altas y bajas marcadas)/ Maniaco(a) depresivo(a)	
Sí	No	Esquizofrenia	
Sí	No	Defecto de nacimiento	
Sí	No	Problemas con el alcohol o las drogas	
Sí	No	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH/ ADHD) /Trastorno por déficit de atención (TDA/ADD) (problemas en prestar o poner atención)	
Sí	No	Tics o el síndrome de Tourette	
Sí	No	Problemas con la justicia o con la ley	
Sí	No	Uso de medicinas para los nervios, o problemas emocionales	
Sí	No	Historial o antecedentes de abuso físico o sexual	
Sí	No	Otros problemas emocionales	
Sí	No	Problemas de la tiroides	
Sí	No	Exposición a productos químicos tóxicos	





CUESTIONARIO PARA LOS PADRES: HISTORIAL DEL NIÑO

Nombre del niño(a):		
Historial de tratamiento:		
Sí	No	¿El niño/ la niña ha estado tomando alguna medicina a largo plazo o por mucho tiempo ? Especifique:
Sí	No	¿Actualmente el niño/ la niña está tomando vitaminas o hierbas como suplementos ? Especifique:
¿Qué medicina(s) está tomando actualmente el niño/ la niña?		
	Nombre	Dosis
	Horario y veces al día	
1.		
2.		
3.		
¿Algunos profesionales (tales como doctores, médicos, psiquiatras, trabajadores sociales, programas escolares especiales, terapeutas físicos o tratamientos alternativos) están involucrados o participando en el cuidado del niño? Por favor anótelos:		
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
Sí	No	¿Le han diagnosticado al niño/ a la niña en el pasado un trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH/ADHD), o un trastorno por déficit de atención (TDA/ADD)?
Si la respuesta es sí, ¿cuándo le diagnosticaron al niño estos problemas? Fecha: Año _____ Mes _____		
Sí	No	¿El niño/ la niña ha tomado anteriormente, en el pasado, medicinas para TDAH/ADHD o TDA/ADD?
Si la respuesta es sí, ¿quedó usted satisfecho(a) con el efecto que las medicinas tuvieron en los síntomas del niño/ de la niña? (Ponga un círculo alrededor de la respuesta) Sí No		
Presiones y tensiones:		
Sí	No	¿Han habido cambios grandes, presiones o tensión (estrés) importantes en la vida del niño/ de la niña (por ejemplo, problemas matrimoniales de los padres, una mudanza, un cambio de escuela, el nacimiento de algún hermano o hermana, la muerte de una mascota, etc.)?
Si es así, por favor especifique, e incluya la edad del niño cuando ocurrió el evento:		
¿Todavía está continuando este estrés? (Ponga un círculo alrededor de la respuesta) Sí No		
Sí	No	¿Alguno de los padres o parientes cercanos al niño/ a la niña ha muerto, o ha sufrido alguna enfermedad seria o grave?
Si es así, por favor describa el evento e incluya la edad que el niño/ la niña tenía cuando ocurrió:		
Sí	No	¿El niño/ la niña ha visto, ha vivido o experimentado alguna cosa, algún hecho, algún evento o suceso traumático –por ejemplo, violencia doméstica, abuso físico o sexual– sobre lo cual a usted le gustaría hablar con su doctor (médico)?
Si es así, por favor describa el evento e incluya la edad que el niño/ la niña tenía cuando ocurrió:		
¿Todavía continúa este trauma o esta situación? (Ponga un círculo alrededor de la respuesta) Sí No		
Sí	No	¿Se espera que haya cambios importantes o gran tensión (estrés) en el futuro?
Si es así, por favor especifique o describa:		





CUESTIONARIO PARA LOS PADRES: CONDUCTA DEL NIÑO

Nombre del niño/ de la niña:	Nunca/ Rara vez 0	Algunas veces 1	Seguido 2	Muy seguido 3
Marque el cuadro que mejor describa el comportamiento de su niño(a) durante los últimos 6 meses. Si su niño(a) está tomando medicinas actualmente, por favor califique el comportamiento del niño cuando NO toma medicinas.				
1. No pone cuidadosa atención a los detalles o comete errores por descuido –por ejemplo, en la tarea escolar.				
2. Tiene dificultad en mantener la atención en lo que se necesita hacer.				
3. Parece no escuchar cuando se le habla directamente.				
4. No sigue las instrucciones que se le dan.				
5. Tiene dificultad en organizar tareas y actividades.				
6. Evita hacer tareas o trabajos, no le gusta hacerlos, o no quiere comenzarlos.				
7. Pierde cosas necesarias para hacer trabajos o para llevar a cabo actividades –por ejemplo, tareas escolares, lápices, libros.				
8. Se distrae fácilmente con ruidos y otras cosas.				
9. Es olvidadizo(a) en las actividades diarias.				
10. Mueve nerviosamente las manos o los pies, o se retuerce o revuelve en el asiento.				
11. Deja el asiento cuando se supone que debe permanecer sentado(a).				
12. Corre por el lugar o trepa demasiado cuando se supone que debe permanecer sentado(a).				
13. Tiene dificultad en jugar o en comenzar juegos tranquilos sin hacer ruido.				
14. Está constantemente “deprisa”, o actúa como si estuviera “movido(a) por un motor.”				
15. Habla demasiado.				
16. Suelta las respuestas antes de que hayan terminado de preguntar.				
17. Tiene dificultad en esperar su turno.				
18. Interrumpe o estorba a los demás cuando están hablando o jugando.				
19. Discute con los adultos.				
20. Pierde la calma y se enoja (pierde los estribos.)				
21. Desobedece activamente, o se niega a seguir las órdenes o reglas de los adultos.				
22. Molesta a los demás a propósito.				
23. Culpa a los demás por sus errores o por su mala conducta.				
24. Es susceptible, se ofende o enoja fácilmente con los demás.				
25. Está enojado(a) o resentido(a).				
26. Tiene o siente odio y se quiere vengar.				
27. Intimida, abusa, fuerza, molesta, amenaza o les infunde miedo a los demás.				
28. Comienza, busca o causa peleas físicas.				
29. Miente para salirse de problemas o para evitar trabajar –por ejemplo, engaña o embauca a los demás, hace trampas y defrauda.				
30. Falta a la escuela (no va a la escuela) sin permiso.				
31. Es físicamente poco amable, poco compasivo(a) o duro(a) con la gente.				
32. Ha robado cosas de valor.				
33. Destruye la propiedad de otros a propósito.				
(SÓLO PARA USO DE OFICINA) 1–9: ___/9 IA <input type="checkbox"/> ≥ 6/9 DP ___ 10–18: ___/9 HA <input type="checkbox"/> ≥ 6/9 DP ___ 19–26: ___/8 ODD <input type="checkbox"/> ≥ 4/8				
Comments:				





QUESTIONARIO PARA LOS PADRES: CONDUCTA DEL NIÑO (continuación)

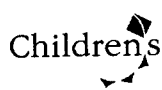
Nombre del niño(a): _____

Marque el cuadro que mejor describa el comportamiento de su niño(a) durante los últimos 6 meses. Si su niño(a) está tomando medicinas actualmente, por favor califique el comportamiento del niño cuando NO toma medicinas.

	Nunca/ Rara vez 0	Algunas veces 1	Seguido 2	Muy seguido 3
34. Es físicamente malvado con los animales.				
35. Ha prendido fuego o causado incendios a propósito para causar daños.				
36. Ha allanado la morada o entrado sin permiso en la casa, el negocio, o el carro de otras personas.				
37. Se ha pasado toda la noche fuera de casa sin permiso, o se ha escapado de casa por la noche.				
38. Ha usado un arma que puede causar daño físico serio—por ejemplo, un bate, una botella rota, un ladrillo.				
39. Es miedoso(a), ansioso(a), o preocupado(a).				
40. Tiene miedo de probar cosas nuevas por miedo a cometer errores.				
41. Se siente inútil o inferior.				
42. Se culpa a sí mismo(a) de los problemas, se siente culpable.				
43. Se siente solo(a), no deseado(a), o que no lo(a) quieren; se queja de que "nadie lo(a) quiere."				
44. Está triste o no es feliz.				
45. Se siente diferente y se turba, desconcierta o avergüenza fácilmente.				
46. Está preocupado por su salud/cuerpo.				
47. Tiene problemas en llevarse con usted.				
48. Tiene problemas en llevarse con otros niños/ muchachos de su edad.				
49. Tiene problemas en llevarse con sus hermanos y hermanas.				
50. Tiene problemas con actividades en grupo, como juegos o jugar en equipo.				
51. Le ha disminuido el interés o el placer en todas o en casi todas las actividades diarias.				
52. Ha dicho cosas como: "ojalá estuviera muerto(a)"; o ha tratado de hacerse daño a sí mismo(a).				
53. Tiene angustia recurrente excesiva cuando tiene que salir de casa, o cuando se separa de las personas que lo(a) cuidan.				
54. Tiene períodos claramente distinguibles en los que está de un ánimo o humor inusualmente irritable o alegre (lo cual es diferente de lo normal.)				
55. Tiene berrinches, rabiets o pataletas que duran bastante tiempo—más de 20 ó 30 minutos.				
56. Oye voces que los demás no oyen.				
57. Tiene compulsiones: comportamientos repetitivos que su niño(a) se siente obligado a hacer; como lavarse las manos repetidamente, contar o borrar en el papel hasta que hace agujeros.				
58. Tiene obsesiones: pensamientos continuos o repetitivos que lo(a) angustian; como preocupación con los gérmenes o con dejar las puertas sin cerrar con llave.				
59. Tiene recuerdos o sueños recurrentes de un acontecimiento traumático.				
60. Parece que evita o que tiene fobias a ciertas personas, animales, cosas o situaciones.				
61. Parece inconsciente de la existencia de los demás; no le interesa el trato con otras personas.				
62. Tiene preocupaciones extrañas, excéntricas o inusuales (Ej. con la ropa, los juguetes, el orden.)				
63. Parecen no interesarle las actividades que normalmente les gustan a los niños de su edad o en las que ellos participan.				
64. Ha experimentado con o abusado de drogas o alcohol.				

(SÓLO PARA USO DE OFICINA) 27—38: ____/12 CD $\geq 3/12$ 39—45: ____/8 A/D $\geq 3/8$ 46—49: ____/4 REL $\geq 1/4$ 50—65: ____/14 MHF

Comments: _____



Modificaciones a las escalas de calificaciones DuPaul ADHD y Vanderbilt ADHD Diagnostic Parent Rating hechas por el Centro de Investigación de Niños y Adolescentes (CASRC), en colaboración con el Comité de Guías para TDAH/ADHD en pediatría (proyecto C-GAP) del Hospital Infantil CASRC y Centro de Salud (Children's Hospital and Health Center (CHHC)), para su uso en el proyecto ADHD en San Diego. 2003.



CUESTIONARIO PARA LOS PADRES: HISTORIAL ESCOLAR

Nombre del niño(a):				
Si su niño(a) está en preescolar o en edad de ir a la escuela, por favor conteste las siguientes preguntas.				
Nombre de la escuela:		Distrito escolar:		
Maestro(a) (más importante, primario):		Director(a) de la escuela:		
Tiempo que ha estado en la escuela actual:	Grado actual:	Teléfono de la escuela:		
Sí	No	¿Ha estado el niño/ la niña en un programa de intervención temprana?		
Sí	No	¿Ha tenido el niño/ la niña terapia lingüística (del habla), terapia física o laboral (ocupacional)?		
Sí	No	¿Ha repetido algún grado el niño/ la niña? Si es así, ¿qué grado(s)?		
Sí	No	¿Alguna vez alguna persona de la escuela habló con usted sobre el asunto de que el niño(a) repitiera un grado? Si así fue, por favor especifique.		
Sí	No	¿Hay posibilidad de que el niño/ la niña necesite repetir el grado actual o alguna materia? Si es así, por favor especifique.		
Sí	No	¿Ha recibido el niño/ la niña algún servicio de educación especial? Si es así, por favor especifique.		
Sí	No	¿El niño(a) está recibiendo ahora algún servicio de educación especial? Si es así, por favor especifique.		
Para cada uno de los siguientes grados que el niño/ la niña ha terminado, ¿se reportó algún problema? Si así fue, por favor describa en el espacio provisto las preocupaciones o inquietudes del maestro, del padre, o de la madre del niño(a).				
Cuestiones escolares o académicas				
Conducta o comportamiento				
Sí	No	Preescolar		
Sí	No	Kindergarten (Jardín de niños)		
Sí	No	Primer grado		
Sí	No	Segundo grado		
Sí	No	Tercer grado		
Sí	No	Cuarto y quinto grados		
Sí	No	Grados del sexto al octavo		
Sí	No	Secundaria/ preparatoria/ bachillerato		
Desempeño escolar actual- Por favor, marque el cuadro apropiado. (Para edades de 5 años en adelante)				
	Reprobando/ no está pasando	Debajo del promedio	Promedio	Arriba del promedio
Lectura				
Ortografía				
Matemáticas				
Ciencias				
Expresión escrita				
Letra a mano				
Estudios sociales/ historia				
Arte				
Otras materias:				
Por favor describa las áreas en las que el niño/ la niña se desempeña peor en su trabajo escolar (las áreas más débiles):		Por favor describa las áreas en las que el niño/ la niña se desempeña mejor en su trabajo escolar (las áreas más fuertes):		
1.		1.		
2.		2.		
3.		3.		





CUESTIONARIO PARA LOS PADRES: INFORMACIÓN DEL NIÑO

Nombre del niño/ de la niña:	
Ahora voy a pedirle que resuma el funcionamiento de su niño(a) EN GENERAL (por ejemplo, emocionalmente, su comportamiento, socialmente, académicamente, etc.). Basándose en su experiencia, compare el funcionamiento de su niño(a) con el de "otros niños promedio" de su edad con los que usted está familiarizada(o), en tres lugares o situaciones diferentes: en casa, en la escuela y con sus compañeros.	
1	tiene un funcionamiento excelente / no muestra problemas en los tres diferentes lugares o situaciones?
2	tiene un funcionamiento bueno / rara vez muestra problemas en los tres diferentes lugares o situaciones?
3	tiene una leve dificultad en su funcionamiento / algunas veces muestra problemas en los tres diferentes lugares o situaciones?
4	tiene una dificultad moderada en su funcionamiento / usualmente muestra problemas en los tres diferentes lugares o situaciones?
5	tiene dificultades severas en su funcionamiento / la mayor parte del tiempo muestra problemas en los tres diferentes lugares o situaciones?
6	necesita supervisión considerable en todos los diferentes lugares o situaciones, para prevenir que se lastime a sí mismo(a), o que lastime a otros?
7	necesita supervisión y atención profesional las 24 horas del día , debido a serios problemas con su comportamiento, o porque tiene graves discapacidades o incapacidades?

ARREGLOS DE VIVIENDA DEL NIÑO/ DE LA NIÑA:

Este(a) niño(a) está viviendo con (por favor marque una de las opciones)

<input type="checkbox"/> La madre y el padre naturales, genéticos. <input type="checkbox"/> La madre natural, genética. <input type="checkbox"/> El padre natural, genético. <input type="checkbox"/> Con un pariente (por favor especifique la relación con el niño/ la niña): _____ <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique): _____	<input type="checkbox"/> Padre, madre, padres adoptivo(a)(os) que es(son) pariente(s) ¿Sabe el niño/ la niña que es adoptado/a? (Ponga un círculo alrededor) Sí No <input type="checkbox"/> Padre, madre o padres adoptivo(a)(os) que no es(son) pariente(s) ¿Sabe el niño/ la niña que es adoptado/a? (Ponga un círculo alrededor) Sí No <input type="checkbox"/> Padre, madre o padres sustituto(a)(os), temporal(es), de crianza (foster) ¿Cuánto tiempo ha estado el niño/ la niña bajo este tipo de cuidado (foster)? Fecha: Año _____ Mes _____ ¿Cuánto tiempo ha vivido el niño(a) en la casa de usted? Fecha: Año _____ Mes _____
---	---

Por favor, anote todas las personas que están viviendo actualmente en el hogar del niño/ de la niña.

Nombre:	Relación con el niño/ la niña:	Edad:
Nombre del niño/ de la niña:	Él mismo/ ella misma	
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		



