



INFORMACION DE SEGUIMIENTO DE LOS PADRES

Nombre del niño/de la del niña:		Fecha:			
Dirección:					
Número de teléfono de los padres: (Casa)			(Trabajo)		
1. CONDUCTA: <i>Marque la caja que mejor describa la conducta de su niño durante la última semana.</i>		Actualmente, ¿es un problema alguno de estos comportamientos?			
		Nunca/ Ocasionalmente	Seguido	Seguida	Muy Rara vez
No pone cuidadosa atención a los detalles o comete errores por descuido- por ejemplo, la tarea escolar.					
Tiene dificultad en mantener la atención en lo que se necesita hacer.					
Parece no escuchar cuando se le habla directamente.					
No sigue las instrucciones que se le dan y no termina el trabajo de la escuela.					
Tiene dificultad en organizar tareas y actividades.					
Evita hacer tareas o trabajos, no le gusta hacerlos, o no quiere comenzarlos.					
Pierde cosas necesarias para hacer trabajos o para llevar a cabo actividades.					
Se distrae fácilmente con ruidos u otras cosas.					
Es olvidadizo(a) en las actividades diarias.					
Mueve nerviosamente las manos o los pies, o se retuerce o mueve en el asiento.					
Deja el asiento cuando se supone que debe permanecer sentado(a).					
Corre por el lugar o trepa demasiado, cuando se supone que debe permanecer sentado(a).					
Tiene dificultad en jugar o en comenzar juegos tranquilos sin hacer ruido.					
Esta constantemente "acelerado", o actúa como si estuviera "movido(a) por un motor."					
Habla demasiado.					
Dice las respuestas antes de que hayan terminado de preguntar.					
Tiene dificultad en esperar su turno.					
Interrumpe o estorba a los demás cuando están hablando o jugando.					
2. FUNCIONAMIENTO: <i>Marque la caja que mejor describa la conducta de su niño, durante la última semana.</i>		Actualmente, ¿es un problema alguna de estas actividades?			
		Promedio	Problemático	Arriba del promedio	
		1	2	3	4 5
Prepararse o estar listo(a) en la mañana					
Comportamiento a la hora de la cena					
Animo o humor general					
Prepararse para ir a la cama y/o para ir a dormir					
Relación con niños de su edad					
Relación con sus padres					
Relaciones con su(s) [hermana(s)/ hermano(s)]					
Hacer y completar la tarea					
Llevar las tareas a la escuela y traerlas a su casa					
Hacer y completar el trabajo de clase					
Habilidades de organización					
Participación en actividades organizadas (ejemplo, equipos)					
Desempeño escolar de su niño(a)					
1. Lectura					
2. Expresión escrita					
3. Matemáticas					
4. Escritura a mano					
(OFFICE USE ONLY) Inattentive: ___ / 9 CH > 6 / 9		Hyperactive: ___ / 9 CH > 6 / 9		Performance: Y N	



3. RESUMEN: **Resume 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 esta familiarizada(o), en tres lugares o situaciones diferentes: en casa, en la escuela y con sus compañeros. Por favor seleccione solamente un número.

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 si mismo(a), o que lastime a otros
7	Necesita supervisión y atención profesional las 24 horas del día , debido a series problemas con su comportamiento, o porque tiene graves discapacidades o incapacidades

4. EFFECTOS SECUNDARIOS: <i>En la última semana, ¿ su niño(a) ha experimentado alguno de los siguientes efectos secundarios?</i>	<i>Actualmente, ¿es un problema alguno de estos efectos secundarios?</i>			
	Ninguno	Un poco	Moderado	Severo
Dolor de cabeza				
Dolor de estomago				
Cambio de apetito. <i>Explique abajo:</i>				
Insomnio				
Irritabilidad, ya sea avanzada la mañana, en la tarde o al anochecer. Explique:				
Socialmente apartado(a)-disminución de interacción con otros				
Tristeza extremada, o llora cuando antes usualmente no lo hacia				
Comportamiento apagado, cansado, decaído				
Temblores/ sentirse inestable o débil				
Movimientos repetitivos, tics, o hábitos nerviosos <i>Explique abajo:</i>				
Picarse la piel o los dedos, comerse las unas, morderse los labios <i>Explique abajo:</i>				
Ve o oye cosas que no existen				

EXPLIQUE/COMENTARIOS :

5. TRATAMIENTOS: ¿Qué tratamientos ha estado recibiendo su niño(a) desde que nos vimos la última vez? (Marque todos los que apliquen)

- a. Orientación o asesoría:
- b. Ayuda de la escuela:
- c. Clases para los padres:
- d. Medicina (nombre, cantidad y veces al día):
- e. ¿Necesita una receta médica? SI NO

6. ¿Hay otros problemas que quisiera que su médico sepa, o que le gustaría mencionar? Por favor explique: _____

(OFFICE USE ONLY) Impairment > 4: Y

Medical Provider Use Only:

MD Signature _____

Date: _____