



Advanced Pediatric Associates^{LLP}

5657 S. Himalaya, #100
Centennial, Colorado 80015
303.693.1404
303.766.6903 Fax

13650 E. Mississippi Ave., #110
Aurora, Colorado 80012
303.337.7111
303.338.9811 Fax

9397 Crown Crest Blvd., #330
Parker, Colorado 80138
303.841.6938
303.805.7034 Fax

Administrative Office
5657 S. Himalaya, #100
Centennial, Colorado 80015
720.870.4740
720.974.7175 Fax

Michael L. Kurtz, M.D.

Lee S. Thompson, M.D.

Mark H. Pearlman, M.D.

Freeman Ginsburg, M.D.

Paula R. Levin, M.D.

Stephanie S. Stevens, M.D.

Bradley D. Kurtz, D.O.

Jeanne Oh, M.D.

Jill Kramer, M.D.

Natalia M. Prada, M.D.

Suzanne L. Rogers, D.O.

Nancy J. McDermott, M.D.

Fecha: _____

Nombre del Niño: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Estimados Padres:

Porque ADD/ADHD es una condición crónica que requiere de medicamento, es nuestra política ver a su niño cada 6 meses para supervisar su progreso y crecimiento. Nuestros expedientes indican que ha sido 6 meses o más de la ultima visita de evaluación de su niño. Por lo tanto, se requiere una nueva evaluación antes de que una prescripción pueda ser resetada.

Incluido encuentre los cuestionarios para usted asi como los maestros de su niño. Si su niño esta en la primaria o secundaria, es necesario que los cuestionarios sean completados por lo menos de dos maestros. Por favor de devolver los cuestionarios completados. Despues de que los cuestionarios sean recibidos con gusto programaremos una cita para una evaluación. Usted puede contactar a nuestras coordinadoras de ADD al 720-974-7188.

Esté por favor enterado, que hay cargos adicionales implicados por calificar y evaluar estos cuestionarios. Estos cargos serán agregados a los cargo de consulta el dia de la cita.

Gracias por su cooperación. Por favor llamenos si tiene alguna pregunta respeco a este proceso. Esperamos tener el gusto de trabajar con ustedes.

Sinceramente,

Coordinadora ADD

Atención,

Porfavor devuelva esta carta con los cuestionarios terminados. Gracias!

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



CUESTIONARIO DE SEGUIMIENTO DE ADHD PARA LOS PADRES

Nombre del Padre _____ Fecha Completado _____

Nombre del Niño/a _____ Fecha de Nacimiento: _____ Hora que
complete el cuestionario: _____ am pm

Nombre del Medicamento (si hay alguno) _____ (de marca o generico)

Horario de dosis actual: 1^{ra} dosis - _____ mg a las _____ am pm (circule uno)

2^{da} dosis- _____ mg a las _____ am pm

3^{ra} dosis - _____ mg a las _____ am pm

1. ¿Que problemas presenta su niño actualmente?

2. ¿Que cambios han habido , desde la untima vez que este informe fue completado?

Para Bien: _____

Para Mal: _____

Fecha de hoy/Today's Date: _____

Nombre del niño(a)/Child's Name: _____

Fecha de nacimiento/Date of Birth: _____

Nombre del padre o de la madre/Parent's Name: _____

Teléfono/Parent's Phone Number: _____

Instrucciones: Conteste basándose en lo que considera apropiado para un niño de esa edad. Al completar este cuestionario, piense por favor en la conducta de su niño(a) desde la última vez que llenó el primer cuestionario.

Directions: Each rating should be considered in the context of what is appropriate for the age of your child. Please think about your child's behaviors since the last assessment scale was filled out when rating his/her behaviors.

Durante el período de evaluación su hijo(a)
Is this evaluation based on a time when the child

tomaba medicamentos
was on medication

no tomaba medicamentos
was not on medication

no lo recuerda
not sure?

Síntomas/ Symptoms	Nunca/ Never	A veces/ Occasionally	Seguido/ Often	Muy seguido/ Very Often
1. No pone atención a los detalles o comete errores por descuido como por ejemplo, cuando hace la tarea <i>Does not pay attention to details or makes careless mistakes with, for example, homework</i>	0	1	2	3
2. Se le dificulta mantenerse atento al llevar a cabo sus actividades <i>Has difficulty keeping attention to what needs to be done</i>	0	1	2	3
3. Parece no estar escuchando cuando se le habla directamente <i>Does not seem to listen when spoken to directly</i>	0	1	2	3
4. No sigue las instrucciones hasta el final y no concluye sus actividades (no porque se rehúse a seguir las o porque no las comprenda) <i>Does not follow through when given directions and fails to finish activities (not due to refusal or failure to understand)</i>	0	1	2	3
5. Tiene dificultad al organizar sus tareas y actividades <i>Has difficulty organizing tasks and activities</i>	0	1	2	3
6. Evita, le disgusta o no quiere comenzar actividades que requieren un continuo esfuerzo mental <i>Avoids, dislikes, or does not want to start tasks that require ongoing mental effort</i>	0	1	2	3
7. Pierde cosas que son indispensables para cumplir con sus tareas o actividades (juguetes, tareas de la escuela, lápices o libros) <i>Loses things necessary for tasks or activities (toys, assignments, pencils, or books)</i>	0	1	2	3
8. Se distrae fácilmente con ruidos u otros estímulos externos <i>Is easily distracted by noises or other stimuli</i>	0	1	2	3
9. Es olvidadizo(a) en sus actividades cotidianas <i>Is forgetful in daily activities</i>	0	1	2	3
10. Mueve constantemente las manos o los pies, o no se está quieto(a) en su asiento <i>Fidgets with hands or feet or squirms in seat</i>	0	1	2	3
11. Se pone de pie cuando debiera permanecer sentado(a) <i>Leaves seat when remaining seated is expected</i>	0	1	2	3

La información contenida en esta publicación no debe usarse a manera de sustitución del cuidado médico y consejo de su pediatra. Este podría recomendar variaciones en el tratamiento, según hechos y circunstancias individuales.

Derechos de Autor © 2005 Academia Americana de Pediatría, Universidad de North Carolina en Chapel Hill para su Centro de Mejoramiento del Cuidado de Salud Infantil de North Carolina y la Iniciativa Nacional en Favor de la Calidad del Cuidado de Salud Infantil.

Adaptación de las Escalas de Clasificación Vanderbilt, diseñadas por Mark L. Wolraich, MD. Revisión - 0303



D5s2 Seguimiento de la Evaluación NICHQ Vanderbilt. Cuestionario para PADRES
NICHQ Vanderbilt Assessment Follow-up—PARENT Informant, continued

Fecha de hoy/Today's Date: _____

Nombre del niño(a)/Child's Name: _____

Fecha de nacimiento/Date of Birth: _____

Nombre del padre o de la madre/Parent's Name: _____

Teléfono/Parent's Phone Number: _____

Síntomas (continuación)/ Symptoms (continued)	Nunca/ Never	A veces/ Occasionally	Seguido/ Often	Muy seguido/ Very Often
12. Corre o camina por todos lados cuando debiera permanecer sentado <i>Runs about or climbs too much when remaining seated is expected</i>	0	1	2	3
13. Se le dificulta jugar o empezar actividades recreativas más tranquilas <i>Has difficulty playing or beginning quiet play activities</i>	0	1	2	3
14. Está en constante movimiento o actúa como si "tuviera un motor por dentro" <i>Is "on the go" or often acts as if "driven by a motor"</i>	0	1	2	3
15. Habla demasiado <i>Talks too much</i>	0	1	2	3
16. Responde precipitadamente, incluso antes de escuchar la pregunta completa <i>Blurts out answers before questions have been completed</i>	0	1	2	3
17. Tiene dificultad al esperar su turno <i>Has difficulty waiting his or her turn</i>	0	1	2	3
18. Interrumpe o se entromete en conversaciones o actividades ajenas <i>Interrupts or intrudes in on others' conversations and/or activities</i>	0	1	2	3

Comportamiento Performance	Excelente/ Excellent	Sobre lo normal/ Above Average	Normal/ Average	Cierta dificultad/ Somewhat of a Problem	Con dificultad/ Problematic
19. Comportamiento general en la escuela <i>Overall school performance</i>	1	2	3	4	5
20. Lectura <i>Reading</i>	1	2	3	4	5
21. Escritura <i>Writing</i>	1	2	3	4	5
22. Matemáticas <i>Mathematics</i>	1	2	3	4	5
23. Relación con sus padres <i>Relationship with parents</i>	1	2	3	4	5
24. Relación con sus hermanos <i>Relationship with siblings</i>	1	2	3	4	5
25. Relación con sus compañeros <i>Relationship with peers</i>	1	2	3	4	5
26. Participación en actividades organizadas (ejemplo: equipos deportivos) <i>Participation in organized activities (eg, teams)</i>	1	2	3	4	5



Fecha de hoy/Today's Date: _____

Nombre del niño(a)/Child's Name: _____

Fecha de nacimiento/Date of Birth: _____

Nombre del padre o de la madre/Parent's Name: _____

Teléfono/Parent's Phone Number: _____

Efectos colaterales: Durante la semana pasada, ¿ha padecido su hijo(a) alguno de los siguientes problemas de salud o posibles efectos colaterales del tratamiento? <i>Side Effects: Has your child experienced any of the following side effects or problems in the past week?</i>	¿Estos efectos colaterales son un problema actual? <i>Are these side effects currently a problem?</i>			
	No/ None	Leve/ Mild	Moderado/ Moderate	Severo/ Severe
Dolor de cabeza <i>Headache</i>				
Dolor de estómago <i>Stomachache</i>				
Alteración del apetito (explique abajo) <i>Change of appetite—explain below</i>				
Problemas para dormir <i>Trouble sleeping</i>				
Irritabilidad al mediodía, al anochecer o por las tardes (explique abajo) <i>Irritability in the late morning, late afternoon, or evening—explain below</i>				
Conducta antisocial (su interacción con los otros se ha reducido) <i>Socially withdrawn—decreased interaction with others</i>				
Tristeza profunda o llanto sin motivo aparente <i>Extreme sadness or unusual crying</i>				
Aburrido(a), cansado(a), apático(a) <i>Dull, tired, listless behavior</i>				
Escalofríos/siente que le tiembla el cuerpo <i>Tremors/feeling shaky</i>				
Movimientos involuntarios, tic nerviosos, pestaños continuos (explique abajo) <i>Repetitive movements, tics, jerking, twitching, eye blinking—explain below</i>				
Se come las uñas, se rasca la piel o se muerde los labios (explique abajo) <i>Picking at skin or fingers, nail biting, lip or cheek chewing—explain below</i>				
Ve o escucha cosas imaginarias <i>Sees or hears things that aren't there</i>				

Explique/Comentarios:
Explain/Comments:
For Office Use Only

Total Symptom Score for questions 1–18: _____

Average Performance Score for questions 19–26: _____

Este cuadro clínico se basa en el Índice de efectos colaterales de Pittsburgh, desarrollado por William E. Pelham, Jr, PhD.

En el sitio <http://wings.buffalo.edu/adhd> encontrará información disponible para descargarlo en formato expandido a su computadora sin ningún costo.



Advanced Pediatric Associates_{LLP}

5657 S. Himalaya, #100
Centennial, Colorado 80015
303.693.1404
303.766.6903 Fax

13650 E. Mississippi Ave., #110
Aurora, Colorado 80012
303.337.7111
303.338.9811 Fax

9397 Crown Crest Blvd., #330
Parker, Colorado 80138
303.841.6938
303.805.7034 Fax

Administrative Office
5657 S. Himalaya, #100
Centennial, Colorado 80015
720.870.4740
720.974.7175 Fax

Michael L. Kurtz, M.D.

Lee S. Thompson, M.D.

Mark H. Pearlman, M.D.

Freeman Ginsburg, M.D.

Paula R. Levin, M.D.

Stephanie S. Stevens, M.D.

Bradley D. Kurtz, D.O.

Jeanne Oh, M.D.

Jill Kramer, M.D.

Natalia M. Prada, M.D.

Suzanne L. Rogers, D.O.

Nancy J. McDermott, M.D.

Date: _____

Child's Name: _____

Date of Birth: _____

Dear Teacher:

Because ADD/ADHD is a chronic condition requiring ongoing medication, it is our policy to follow children on medication every 6 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,

ADD 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:



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 problems does the child present at this time?

3. What changes have there been, if any, since the last time this report was completed?
(Quantitative change in specific academic subjects, e.g., much worse, etc.)

For the better: _____

Subjects: _____

For worse: _____

Subjects _____

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

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

Today's Date: _____ Child's Name: _____ Grade Level: _____

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 last assessment scale was filled out. Please indicate the number of weeks or months you have been able to evaluate the behaviors: _____.

Is this evaluation based on a time when the child was on medication was not on medication not sure?

Symptoms	Never	Occasionally	Often	Very Often
1. Does not pay attention to details or makes careless mistakes with, for example, homework	0	1	2	3
2. Has difficulty keeping attention to what needs to be done	0	1	2	3
3. Does not seem to listen when spoken to directly	0	1	2	3
4. Does not follow through when given directions and fails to finish activities (not due to refusal or failure to understand)	0	1	2	3
5. Has difficulty organizing tasks and activities	0	1	2	3
6. Avoids, dislikes, or does not want to start tasks that require ongoing mental effort	0	1	2	3
7. Loses things necessary for tasks or activities (toys, assignments, pencils, or books)	0	1	2	3
8. Is easily distracted by noises or other stimuli	0	1	2	3
9. Is forgetful in daily activities	0	1	2	3
10. Fidgets with hands or feet or squirms in seat	0	1	2	3
11. Leaves seat when remaining seated is expected	0	1	2	3
12. Runs about or climbs too much when remaining seated is expected	0	1	2	3
13. Has difficulty playing or beginning quiet play activities	0	1	2	3
14. Is "on the go" or often acts as if "driven by a motor"	0	1	2	3
15. Talks too much	0	1	2	3
16. Blurts out answers before questions have been completed	0	1	2	3
17. Has difficulty waiting his or her turn	0	1	2	3
18. Interrupts or intrudes in on others' conversations and/or activities	0	1	2	3

Performance	Excellent	Above Average	Average	Somewhat of a Problem	Problematic
19. Reading	1	2	3	4	5
20. Mathematics	1	2	3	4	5
21. Written expression	1	2	3	4	5
22. Relationship with peers	1	2	3	4	5
23. Following direction	1	2	3	4	5
24. Disrupting class	1	2	3	4	5
25. Assignment completion	1	2	3	4	5
26. Organizational skills	1	2	3	4	5

The recommendations in this publication do not indicate an exclusive course of treatment or serve as a standard of medical care. Variations, taking into account individual circumstances, may be appropriate.

Copyright ©2002 American Academy of Pediatrics and National Initiative for Children's Healthcare Quality

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

Revised - 0303

American Academy
of Pediatrics



DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™

NICHQ

National Initiative for Children's Healthcare Quality

McNeil
Consumer & Specialty Pharmaceuticals

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

Today's Date: _____ Child's Name: _____ Grade Level: _____

Side Effects: Has the child experienced any of the following side effects or problems in the past week?	Are these side effects currently a problem?			
	None	Mild	Moderate	Severe
Headache				
Stomachache				
Change of appetite—explain below				
Trouble sleeping				
Irritability in the late morning, late afternoon, or evening—explain below				
Socially withdrawn—decreased interaction with others				
Extreme sadness or unusual crying				
Dull, tired, listless behavior				
Tremors/feeling shaky				
Repetitive movements, tics, jerking, twitching, eye blinking—explain below				
Picking at skin or fingers, nail biting, lip or cheek chewing—explain below				
Sees or hears things that aren't there				

Explain/Comments:**For Office Use Only**

Total Symptom Score for questions 1–18: _____

Average Performance Score: _____

Please return this form to: _____

Mailing address: _____

Fax number: _____

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

American Academy
of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™

11-22/rev0303

NICHQ

National Initiative for Children's Healthcare Quality