



Lista de Verificación para la Primera Cita Conductual

(Checklist for Your Child's First Behavioral Consult)

Las primeras consultas de comportamiento son visitas más extensas que abordan las siguientes inquietudes: TDAH, ansiedad, depresión, dificultades escolares y/u otros problemas de salud mental o conductual. Debido a la complejidad de estas visitas, requerimos la siguiente información antes de programar una cita:

- ☐ Revisión médica anual realizada en los últimos 12 meses con Peak Pediatrics, o bien, comprobante de una revisión anual reciente y un plan para transferir la atención médica a Peak Pediatrics.
- ☐ Registros de tratamientos previos de salud conductual, incluidos, entre otros, los de terapeutas, psiquiatras, visitas a servicios de urgencias o internaciones relacionadas con la salud mental, u otras consultas de atención primaria relacionadas con la salud mental.
- ☐ Formularios de admisión de salud conductual y los formularios de evaluación complementarios debidamente completados. Cada formulario indica quién debe completarlo (cuidador, paciente o maestro). Si le interesa realizar una evaluación de TDAH, el formulario denominado "Teacher Vanderbilt" (Vanderbilt para maestros) DEBE ser completado y entregado por el maestro correspondiente u otro adulto adecuado.
- ☐ Acuerdo de Atención de Salud Conductual firmado con Peak Pediatrics.
- ☐ Cualquier evaluación o formulario adicional que considere útil, incluidos los planes 504, los IEP u otros documentos educativos.

Por favor, envíe la información anterior a Peak Pediatrics a través de MyChart, por fax al 303-420-8831, por correo electrónico a bhc@peakpediatrics.com, o entregando los documentos correspondientes en cualquiera de nuestras oficinas.

Le notificaremos una vez que hayamos recibido toda la información necesaria y estemos listos para programar la primera consulta de comportamiento de su hijo. Estas citas se programan en bloques de 40 a 60 minutos y suelen reservarse con una antelación de 1 a 3 meses; por ello, le pedimos que nos envíe toda la información requerida lo antes posible.

No atendemos a pacientes mayores de 18 años en estas citas.



Acuerdo de Atención de Salud Conductual

(Behavioral Healthcare Agreement)

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

- 1.) Entiendo que, al iniciar o reiniciar un nuevo medicamento, es posible que mi hijo necesite visitas mensuales para obtener resurtidos hasta que se estabilice con su(s) medicamento(s).
- 2.) Entiendo que, una vez que mi hijo responda bien a su(s) medicamento(s), soy responsable de asegurar que sea atendido cada tres meses para una revisión de la medicación y así obtener los resurtidos de sus medicamentos.
- 3.) Entiendo que puedo recibir hasta 3 meses de resurtidos para los medicamentos de mi hijo al finalizar la consulta. Los medicamentos de mi hijo son mi responsabilidad y, si los pierdo, no serán reemplazados.
- 4.) Entiendo que, si cancelo o falto a una cita de revisión de medicación, es posible que no se renueve la medicación de mi hijo hasta que se re programe la cita.
- 5.) Entiendo que Peak Pediatrics solo atiende a pacientes ya registrados para citas de control de medicación; por lo tanto, toda la atención médica debe transferirse a nuestro consultorio antes de que el paciente pueda ser atendido por motivos de salud mental o conductual. Asimismo, se requiere que su hijo tenga al día sus revisiones anuales para poder asistir a las citas de control de medicación y recibir las renovaciones de sus recetas.
- 6.) Entiendo que, si mi hijo no ha acudido a una consulta de revisión de medicación en más de un año, es posible que se me solicite proporcionar información adicional al profesional de salud antes de programar dicha cita. Esto tiene como fin garantizar que la información sobre su hijo esté actualizada antes de recetar medicamentos.
- 7.) Entiendo que, si se requieren renovaciones de recetas entre citas, se intentará enviarlas en un plazo de 1 a 2 días hábiles tras la solicitud, y que no se enviarán renovaciones fuera del horario laboral habitual. Es mi responsabilidad solicitar las renovaciones con suficiente antelación y contactar directamente a la farmacia ante cualquier problema relacionado con ellas.
- 8.) Entiendo que, si mi hijo está atravesando una crisis de salud mental o existe alguna preocupación por su seguridad, debo llamar a la Línea de Crisis de Colorado marcando el 988 o acudir al servicio de urgencias más cercano.

Firma del padre, madre o tutor: _____ Fecha: _____

Formulario de Admisión de Salud Conductual

Gracias por su tiempo y dedicación al completar este formulario. Esto nos será de gran ayuda para atender sus inquietudes. Esperamos tener la oportunidad de conocer y conversar pronto con su familia.

*Atentamente,
Equipo de Salud Conductual de Peak Pediatrics*

Información general:

1) Nombre del niño(a): _____ Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____

2) Dirección: _____

3) Información sobre los padres, o tutor legal:

a) Nombre: _____ Relación al niño(a): _____

b) Numero de telefono: _____

c) Correo electrónico: _____

4) Información sobre los padres, o tutor legal:

a) Nombre: _____ Relación al niño(a): _____

b) Numero de telefono: _____

c) Correo electrónico: _____

5) Persona que completa este formulario: _____

Información sobre su cita:

- 1) Por favor, describa sus inquietudes con respecto a su hijo(a):
- 2) ¿Cuándo comenzaron estas preocupaciones?:
- 3) ¿Tiene alguna preferencia sobre con qué profesional se le asigne la cita, o prefiere la primera cita disponible?:
- 4) ¿Cuáles son sus objetivos para la cita? Seleccione cualquiera de las opciones a continuación e incluya cualquier información adicional, si corresponde:
 - ☐ Diagnóstico de salud mental
Información adicional: _____
 - ☐ Referencias para terapia
Lista de terapias de interés: _____
 - ☐ Asistencia escolar
Información adicional: _____
 - ☐ Discusión sobre medicación y/o prescripción
Tipos de medicamentos de su interés: _____
 - ☐ Otra cosa
Información adicional: _____

Información sobre el hogar y la escuela:

1) Por favor, enliste a todos los adultos o niños que conviven en el hogar con su hijo(a) (incluyendo a quienes completan este formulario). Incluya la edad y la relación de todas las personas mencionadas: _____

2) Describa la situación de vivienda actual de su hijo(a). ¿Vive su hijo(a) en varios hogares? Si es así, ¿cuándo comenzó esta situación y cuál es el acuerdo de custodia actual? _____

3) ¿Qué efectos han tenido sus preocupaciones en la familia y en el hogar? _____

4) Grado escolar: _____ Escuela: _____

5) Por favor, indique cualquier servicio recibido en la escuela: _____

6) ¿Describa el rendimiento escolar actual de su hijo(a). ¿Tiene alguna inquietud respecto a aspectos específicos de su aprendizaje? _____

7) ¿Qué efectos han tenido sus preocupaciones en las interacciones de su hijo(a) con sus amigos y compañeros de clase? _____

8) ¿En qué áreas de la vida en el hogar y/o en la escuela destaca su hijo(a)? ¿Cuáles son sus pasatiempos? _____

Información médica:

- 1) Por favor, indique cualquier problema médico crónico de su hijo(a):

- 2) Por favor, indique cualquier medicamento, suplemento, vitamina o hierba que su hijo(a) esté tomando actualmente:

- 3) Por favor, indique cualquier problema que su hijo(a) haya podido sufrir en útero o en torno al momento del nacimiento:

- 4) Por favor, enumere cualquier preocupación relacionada con el desarrollo, pasada o presente, que usted o un profesional haya tenido sobre su hijo(a):

- 5) Por favor, indique si hay antecedentes familiares de trastornos de salud mental. Si sabe qué medicamentos para la salud mental toman los miembros de su familia, indíquelos también:

- 6) Por favor, indique cualquier diagnóstico o tratamiento previo relacionado con la salud mental de su hijo(a), incluyendo medicamentos que haya tomado, terapias, tratamientos sin receta o hospitalizaciones.

7) ¿Ha vivido su hijo(a) alguna experiencia que usted describiría como traumática?

8) ¿Tiene alguna preocupación sobre la seguridad de su hijo(a)?

9) ¿Tiene su hijo(a) algún antecedente de autolesiones, pensamientos o actos suicidas, o pensamientos o actos homicidas?

10) ¿Tiene su hijo(a) antecedentes de consumo de sustancias, como alcohol, tabaco, cigarrillos electrónicos o drogas?

11) ¿Hay algo más que le gustaría que supiéramos sobre su hijo(a)?

SELF-REPORT FOR CHILDHOOD ANXIETY RELATED DISORDERS (SCAReD)***AUTO-REPORTE PARA DESÓRDENES RELACIONADOS CON LA ANSIEDAD EN LA INFANCIA
FORMA PARA LOS PADRES**

Esta es una lista de cosas que describen como se siente su hijo(a). Marque el **0** si casi nunca o nunca es cierto. Marque el **1** si es cierto algunas veces. Marque el **2** si casi siempre o siempre es cierto. Por favor conteste las preguntas lo mejor que pueda.

		0 = Casi nunca o nunca es cierto	1 = Es cierto algunas veces	2 = Casi siempre o siempre es cierto
1.	Cuando siente miedo, no puede respirar bien.	☐	☐	☐
2.	Cuando está en la escuela, se queja de dolor de cabeza.	☐	☐	☐
3.	No le gusta estar con personas que no conoce bien.	☐	☐	☐
4.	Le da miedo dormir en otras casas.	☐	☐	☐
5.	Se preocupa de lo que piensan de él (ella).	☐	☐	☐
6.	Cuando tiene miedo, siente que se va a desmayar.	☐	☐	☐
7.	Es un niño(a) nervioso(a).	☐	☐	☐
8.	Me sigue a todas partes donde voy (es como mi "sombra").	☐	☐	☐
9.	La gente dice que mi hijo(a) se ve nervioso(a).	☐	☐	☐
10.	Se pone nervioso(a) con personas que no conoce bien.	☐	☐	☐
11.	Cuando está en la escuela le duele el estómago.	☐	☐	☐
12.	Cuando tiene mucho miedo, se siente como si se fuera a "enloquecer".	☐	☐	☐
13.	Se preocupa si tiene que dormir solo(a).	☐	☐	☐
14.	Se preocupa de ser tan bueno(a) como los otros niños.	☐	☐	☐
15.	Cuando tiene mucho miedo siente como si las cosas no fueran reales.	☐	☐	☐
16.	Sueña que algo malo le va a pasar a su mamá o a su papá.	☐	☐	☐
17.	Se preocupa cuando tiene que ir a la escuela.	☐	☐	☐

POR FAVOR COMPLETE LA PROXIMA PÁGINA

18.	Cuando tiene miedo, el corazón le late muy rápido.	☐	☐	☐
19.	Cuando tiene miedo, se pone tembloroso.	☐	☐	☐
20.	Sueña que algo malo le va a pasar a él (ella).	☐	☐	☐
21.	Le preocupa como le van a salir las cosas.	☐	☐	☐
22.	Cuando tiene miedo (nervios) suda mucho.	☐	☐	☐
23.	Se preocupa demasiado.	☐	☐	☐
24.	Le da miedo sin tener ningún motivo.	☐	☐	☐
25.	Le da miedo estar solo en casa.	☐	☐	☐
26.	Le cuesta trabajo hablar con personas que no conoce.	☐	☐	☐
27.	Cuando tiene miedo, siente que no puede tragar.	☐	☐	☐
28.	Las personas dicen que se preocupa demasiado.	☐	☐	☐
29.	No le gusta estar separado de la familia.	☐	☐	☐
30.	Le da miedo de tener ataques de nervios (pánico).	☐	☐	☐
31.	Le preocupa que algo malo les pueda pasar a sus padres.	☐	☐	☐
32.	Le da vergüenza cuando esta con personas que no conoce.	☐	☐	☐
33.	Le preocupa que le vaya a pasar en el futuro.	☐	☐	☐
34.	Cuando tiene miedo le dan ganas de vomitar.	☐	☐	☐
35.	Le preocupa saber si está haciendo las cosas bien.	☐	☐	☐
36.	Tiene miedo de ir al colegio.	☐	☐	☐
37.	Le preocupan las cosas que ya han pasado.	☐	☐	☐
38.	Cuando tiene miedo, se siente mareado(a).	☐	☐	☐
39.	Se siente nervioso(a) cuando tiene que hacer algo delante de otros niños o adultos (por ejemplo: leer en voz alta, hablar, jugar).	☐	☐	☐
40.	Se siente nervioso(a) de ir a fiestas, bailes o alguna parte donde hay gente que no conoce.	☐	☐	☐
41.	Mi hijo(a) es tímido(a).	☐	☐	☐

*Hecho por Boris Birmaher, M.D., Suneeta Khetarpal, M.D., Marlane Cully, M.Ed., David A. Brent, M.D., and Sandra McKenzie, Ph.D., Instituto Siquiátrico de la Universidad de Pittsburgh (11/95). E-mail: boris@camp.wpic.pitt.edu \

Fecha de hoy/Today's Date: _____

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

Fecha de nacimiento/Date of Birth: _____

Nombre del padre y/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 durante los últimos seis meses.

Directions: Each rating should be considered in the context of what is appropriate for the age of your child. When completing this form, please think about your child's behaviors in the past 6 months.

Esta evaluación se refiere a un período en el que 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 seguirlas 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 diarias 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 mayor 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. Éste 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 - 1102

American Academy
of Pediatrics



DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™



NICHQ

National Initiative for Children's Healthcare Quality



Fecha de hoy/Today's Date: _____

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

Fecha de nacimiento/Date of Birth: _____

Nombre del padre y/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
19. Discute con adultos <i>Argues with adults</i>	0	1	2	3
20. Se enfurece con facilidad <i>Loses temper</i>	0	1	2	3
21. Desafía abiertamente o se niega a cumplir las órdenes o las reglas de los adultos <i>Actively defies or refuses to go along with adults' requests or rules</i>	0	1	2	3
22. Molesta adrede a los demás <i>Deliberately annoys people</i>	0	1	2	3
23. Culpa a otros de sus propios errores o su mal comportamiento <i>Blames others for his or her mistakes or misbehaviors</i>	0	1	2	3
24. Se ofende o se molesta fácilmente con otros <i>Is touchy or easily annoyed by others</i>	0	1	2	3
25. Está enojado(a) o resentido(a) <i>Is angry or resentful</i>	0	1	2	3
26. Es rencoroso y vengativo <i>Is spiteful and wants to get even</i>	0	1	2	3
27. Reta, amenaza o intimida a otros <i>Bullies, threatens, or intimidates others</i>	0	1	2	3
28. Comienza peleas de contacto físico <i>Starts physical fights</i>	0	1	2	3
29. Miente con el fin de salir de apuros o para eludir sus obligaciones <i>Lies to get out of trouble or to avoid obligations (ie, "cons" others)</i>	0	1	2	3
30. Falta a la escuela sin permiso <i>Is truant from school (skips school) without permission</i>	0	1	2	3



D3s3**Sistema NICHQ Vanderbilt de Evaluación. Continuación cuestionario para PADRES**
NICHQ Vanderbilt Assessment Scale—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 y/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
31. Es físicamente cruel con los demás <i>Is physically cruel to people</i>	0	1	2	3
32. Ha robado cosas de valor <i>Has stolen things that have value</i>	0	1	2	3
33. Destruye deliberadamente la propiedad ajena <i>Deliberately destroys others' property</i>	0	1	2	3
34. Ha usado un objeto que puede herir a alguien (bate, cuchillo, ladrillo, pistola) <i>Has used a weapon that can cause serious harm (bat, knife, brick, gun)</i>	0	1	2	3
35. Tortura animales <i>Is physically cruel to animals</i>	0	1	2	3
36. Ha provocado fuegos para causar daños <i>Has deliberately set fires to cause damage</i>	0	1	2	3
37. Ha entrado a una casa, un negocio o un carro ajeno <i>Has broken into someone else's home, business, or car</i>	0	1	2	3
38. Ha permanecido fuera de la casa sin permiso durante la noche <i>Has stayed out at night without permission</i>	0	1	2	3
39. Se ha escapado de la casa durante la noche <i>Has run away from home overnight</i>	0	1	2	3
40. Ha obligado a alguien a sostener algún tipo de actividad sexual <i>Has forced someone into sexual activity</i>	0	1	2	3
41. Siente miedo, ansiedad o está preocupado <i>Is fearful, anxious, or worried</i>	0	1	2	3
42. Teme hacer nuevas cosas por temor a cometer errores <i>Is afraid to try new things for fear of making mistakes</i>	0	1	2	3
43. Se desprecia a sí mismo se siente inferior <i>Feels worthless or inferior</i>	0	1	2	3
44. Siente que los problemas son responsabilidad suya y se siente culpable <i>Blames self for problems, feels guilty</i>	0	1	2	3
45. Se siente solo(a), rechazado(a) o sin amor; se queja de que nadie lo quiere <i>Feels lonely, unwanted, or unloved; complains that "no one loves him or her"</i>	0	1	2	3
46. Se siente triste, infeliz o deprimido(a) <i>Is sad, unhappy, or depressed</i>	0	1	2	3
47. Está al pendiente de sus actos o se avergüenza fácilmente <i>Is self-conscious or easily embarrassed</i>	0	1	2	3

American Academy
of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™



NICHQ

National Initiative for Children's Healthcare Quality



Fecha de hoy/Today's Date: _____

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

Fecha de nacimiento/Date of Birth: _____

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

Teléfono/Parent's Phone Number: _____

Comportamiento Performance	Excelente/ Excellent	Sobre lo normal/ Above Average	Normal/ Average	Cierta dificultad/ Somewhat of a Problem	Con dificultad/ Problematic
48. Comportamiento general en la escuela Overall school performance	1	2	3	4	5
49. Lectura Reading	1	2	3	4	5
50. Escritura Writing	1	2	3	4	5
51. Matemáticas Mathematics	1	2	3	4	5
52. Relación con sus padres Relationship with parents	1	2	3	4	5
53. Relación con sus hermanos Relationship with siblings	1	2	3	4	5
54. Relación con sus compañeros Relationship with peers	1	2	3	4	5
55. Participación en actividades organizadas (ejemplo: equipos deportivos) Participation in organized activities (eg, teams)	1	2	3	4	5

Comentarios/Comments: _____

For Office Use Only

Total number of questions scored 2 or 3 in questions 1–9: _____

Total number of questions scored 2 or 3 in questions 10–18: _____

Total Symptom Score for questions 1–18: _____

Total number of questions scored 2 or 3 in questions 19–26: _____

Total number of questions scored 2 or 3 in questions 27–40: _____

Total number of questions scored 2 or 3 in questions 41–47: _____

Total number of questions scored 4 or 5 in questions 48–55: _____

Average Performance Score: _____



**Por favor, el maestro
de su hijo (o otra
persona en la casa si
recibe su educación
en casa) necesita
completar los
siguientes dos papeles
del paquete.**

Nombre del maestro (a)/Teacher's Name: _____

Hora de clase/Class Time: _____

Materia/Período/Class Name/Period: _____

Fecha actual/Today's Date: _____

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

Grado escolar/Grade Level: _____

Instrucciones: Al evaluar a su alumno, conteste basándose en lo que considera apropiado para un niño de esa edad. Las respuestas deben reflejar su conducta desde el inicio del año escolar. Indique el número de semanas o meses que ha podido observar su conducta: _____

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: _____

Esta evaluación se refiere a un período en el que el niño(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 sabe
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 en sus actividades escolares por descuido <i>Fails to give attention to details or makes careless mistakes in schoolwork</i>	0	1	2	3
2. Se le dificulta mantenerse atento al llevar a cabo sus tareas o actividades <i>Has difficulty sustaining attention to tasks or activities</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 escolares (no porque se rehúse a seguirlas o porque no las comprenda) <i>Does not follow through on instructions and fails to finish schoolwork (not due to oppositional behavior 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 se niega a comenzar actividades que requieren un continuo esfuerzo mental <i>Avoids, dislikes, or is reluctant to engage in tasks that require sustained mental effort</i>	0	1	2	3
7. Pierde cosas que son indispensables para cumplir con sus tareas o actividades (tareas de la escuela, lápices o libros) <i>Loses things necessary for tasks or activities (school assignments, pencils, or books)</i>	0	1	2	3
8. Se distrae fácilmente con estímulos externos <i>Is easily distracted by extraneous 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

La información contenida en esta publicación no debe usarse a manera de sustitución del cuidado médico y consejo de su pediatra. Éste 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

American Academy
of Pediatrics



DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™



NICHQ

National Initiative for Children's Healthcare Quality



Nombre del maestro (a)/Teacher's Name: _____

Hora de clase/Class Time: _____

Materia/Período/Class Name/Period: _____

Fecha actual/Today's Date: _____

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

Grado escolar/Grade Level: _____

Síntomas (continuación)/ Symptoms (continued)	Nunca/ Never	A veces/ Occasionally	Seguido/ Often	Muy seguido/ Very Often
11. Se pone de pie en el aula cuando debiera permanecer sentado <i>Leaves seat in classroom or in other situations in which remaining seated is expected</i>	0	1	2	3
12. Corre o camina por todos lados cuando debiera permanecer sentado <i>Runs about or climbs excessively in situations in which 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 engaging in leisure activities quietly</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 excesivamente <i>Talks excessively</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 haciendo fila o cola <i>Has difficulty waiting in line</i>	0	1	2	3
18. Se entromete o interrumpe a otros (en conversaciones o juegos) <i>Interrupts or intrudes on others (eg, butts into conversations/games)</i>	0	1	2	3
19. Pierde el control de sus emociones <i>Loses temper</i>	0	1	2	3
20. Desafía abiertamente o se niega a cumplir las órdenes o las reglas de los adultos <i>Actively defies or refuses to comply with adults' requests or rules</i>	0	1	2	3
21. Se le ve enojado(a) o resentido(a) <i>Is angry or resentful</i>	0	1	2	3
22. Es rencoroso(a) y vengativo(a) <i>Is spiteful and vindictive</i>	0	1	2	3
23. Reta, amenaza o intimida a otros <i>Bullies, threatens, or intimidates others</i>	0	1	2	3
24. Comienza peleas de contacto físico <i>Initiates physical fights</i>	0	1	2	3
25. Miente para conseguir bienes o favores o para eludir sus obligaciones <i>Lies to obtain goods for favors or to avoid obligations (eg, "cons" others)</i>	0	1	2	3
26. Es físicamente cruel con los demás <i>Is physically cruel to people</i>	0	1	2	3
27. Ha robado objetos de cierto valor <i>Has stolen items of nontrivial value</i>	0	1	2	3
28. Destruye deliberadamente la propiedad ajena <i>Deliberately destroys others' property</i>	0	1	2	3
29. Siente miedo, ansiedad o está preocupado(a) <i>Is fearful, anxious, or worried</i>	0	1	2	3
30. Está pendiente de sus actos o se avergüenza fácilmente <i>Is self-conscious or easily embarrassed</i>	0	1	2	3

D4s3 Sistema NICHQ Vanderbilt de Evaluación. Continuación cuestionario del MAESTRO
NICHQ Vanderbilt Assessment Scale—TEACHER Informant, continued

Nombre del maestro (a)/Teacher's Name: _____

Hora de clase/Class Time: _____

Materia/Período/Class Name/Period: _____

Fecha actual/Today's Date: _____

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

Grado escolar/Grade Level: _____

Síntomas (continuación)/ Symptoms (continued)	Nunca/ Never	A veces/ Occasionally	Seguido/ Often	Muy seguido/ Very Often
31. Teme hacer nuevas cosas por temor a cometer errores <i>Is afraid to try new things for fear of making mistakes</i>	0	1	2	3
32. Se desprecia a si mismo se siente inferior <i>Feels worthless or inferior</i>	0	1	2	3
33. Siente que los problemas son responsabilidad suya y se siente culpable <i>Blames self for problems; feels guilty</i>	0	1	2	3
34. Se siente solo(a), rechazado(a) o sin amor; se queja de que nadie lo quiere <i>Feels lonely, unwanted, or unloved; complains that "no one loves him or her"</i>	0	1	2	3
35. Se le ve triste, infeliz o deprimido(a) <i>Is sad, unhappy, or depressed</i>	0	1	2	3

Rendimiento/Performance Comportamiento Académico/Academic Performance	Excelente/ Excellent	Sobre lo normal/ Above Average	Normal/ Average	Cierta dificultad/ Somewhat of a Problem	Con dificultad/ Problematic
36. Lectura <i>Reading</i>	1	2	3	4	5
37. Matemáticas <i>Mathematics</i>	1	2	3	4	5
38. Expresión escrita <i>Written expression</i>	1	2	3	4	5

Conducta escolar Classroom Behavioral Performance	Excelente/ Excellent	Sobre lo normal/ Above Average	Normal/ Average	Cierta dificultad/ Somewhat of a Problem	Con dificultad/ Problematic
39. Relación con sus compañeros <i>Relationship with peers</i>	1	2	3	4	5
40. Sigue instrucciones <i>Following directions</i>	1	2	3	4	5
41. Conducta en clase <i>Disrupting class</i>	1	2	3	4	5
42. Concluye las tareas asignadas <i>Assignment completion</i>	1	2	3	4	5
43. Habilidad para organizarse <i>Organizational skills</i>	1	2	3	4	5

Comentarios/Comments:

American Academy
of Pediatrics



DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™



NICHQ

National Initiative for Children's Healthcare Quality



Por favor devuelva esta forma a/Please return this form to: _____

Dirección/Mailing address: _____

Fax/Fax number: _____

For Office Use Only

Total number of questions scored 2 or 3 in questions 1–9: _____

Total number of questions scored 2 or 3 in questions 10–18: _____

Total Symptom Score for questions 1–18: _____

Total number of questions scored 2 or 3 in questions 19–28: _____

Total number of questions scored 2 or 3 in questions 29–35: _____

Total number of questions scored 4 or 5 in questions 36–43: _____

Average Performance Score: _____





**Permita a su
adolescente completar
los siguientes papeles
de este paquete para
que nosotros
podamos ayudar con
su salud mental.**

GAD-7

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?

Ningún día

Varios días

Más de la mitad de los días

Casi todos los días

(Marque con un " " para indicar su respuesta)

1. Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación	0	1	2	3
3. Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes	0	1	2	3
4. Ha tenido dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Se ha sentido tan inquieto(a) que no ha podido quedarse quieto(a)	0	1	2	3
6. Se ha molestado o irritado fácilmente	0	1	2	3
7. Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T ____ = ____ + ____ + ____)

Elaborado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, mediante una subvención educativa otorgada por Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, presentar o distribuir.

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?
(Marque con un "□" para indicar su respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____

=Total Score: _____

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil □	Un poco difícil □	Muy difícil □	Extremadamente difícil □
-------------------------	----------------------	------------------	-----------------------------



Ask Suicide-Screening Questions

Pregúntele al paciente:

1. En las últimas semanas, ¿ha deseado estar muerto? ☐ Sí ☐ No
 2. En las últimas semanas, ¿ha sentido que usted o su familia estarían mejor si estuviera muerto? ☐ Sí ☐ No
 3. En la última semana, ¿ha estado pensando en suicidarse? ☐ Sí ☐ No
 4. ¿Alguna vez ha intentado suicidarse? ☐ Sí ☐ No
- Si contestó que sí, ¿cómo? _____
- _____
- _____
- ¿Cuándo? _____
- _____

Si el paciente contesta que **Sí** a alguna de las preguntas anteriores, hágale la siguiente pregunta para evaluar la agudeza:

5. ¿Está pensando en suicidarse en este momento? ☐ Sí ☐ No

Siguiendo pasos:

Si el paciente contesta que «No» a todas las preguntas de la 1 a la 4, la prueba de detección está completa (no es necesario hacerle la pregunta 5).

No hay necesidad de intervención (*Nota: la opinión clínica siempre puede anteponerse a una prueba de detección negativa).

Si el paciente contesta que «Sí» a cualquier pregunta de la 1 a la 4 o se niega a responder, esto se considera una prueba de detección positiva. Hágale la pregunta 5 para evaluar la agudeza:

- ☐ «Sí» a la pregunta número 5 = **prueba de detección positiva aguda** (identificación de riesgo inminente)
 - El paciente necesita una evaluación de salud mental completa o de seguridad **URGENTE**. El paciente no puede irse hasta que se evalúe por seguridad.
 - Mantenga el paciente a la vista. Retire todos los objetos peligrosos de la habitación. Avísele al médico responsable de la atención del paciente.
- ☐ «No» a la pregunta 5 = **prueba de detección positiva no aguda** (identificación de riesgo)
 - El paciente necesita una evaluación de seguridad breve del riesgo de suicidio para determinar si es necesaria una evaluación completa de salud mental. El paciente no puede irse hasta que se evalúe por seguridad.
 - Avísele al médico responsable de la atención del paciente.

Ofrezca recursos a todos los pacientes

- Red Nacional de Prevención del Suicidio, las 24 horas, los siete días de la semana: 1-800-273-TALK (8255); en español: 1-888-628-9454
- Crisis Text Line, las 24 horas, los siete días de la semana (en inglés): envíe un mensaje de texto con la palabra «HOME» al 741-741

Cuestionario CRAFFT 2.0

Para que lo conteste el paciente

Por favor, conteste todas las preguntas **honestamente**; sus respuestas se tratarán de forma **confidencial**.

Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuántos días usted:

1. bebió más de unos sorbos de cerveza, vino u otra bebida que contenía **alcohol**? Escriba "0" si la respuesta es ninguno.

Nº de días

2. consumió **marihuana** (hierba, mota, hachís o comidas de cannabis) o "**marihuana sintética**" (como "K2" o "*Spice*")? Escriba "0" si la respuesta es ninguno.

Nº de días

3. consumió **alguna otra sustancia para drogarse** (p.ej.: otras drogas ilícitas, medicamentos recetados o de venta libre, y cosas que se aspiran o inhalan)? Escriba "0" si la respuesta es ninguno.

Nº de días

LEA ESTAS INSTRUCCIONES ANTES DE CONTINUAR:

- Si usted escribió "0" en **TODOS** los casilleros de arriba, **RESPONDA LA PREGUNTA 4, LUEGO DETÉNGASE.**
- Si usted escribió "1" o números más altos en **CUALQUIERA** de los casilleros anteriores, **RESPONDA LAS PREGUNTAS 4 a 9.**

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 4. ¿Ha viajado alguna vez en un CARRO o vehículo conducido por una persona (o usted mismo/a) que estaba "drogada" o había consumido alcohol o drogas? | ☐ | ☐ |
| 5. ¿Consume alguna vez alcohol o drogas para RELAJARSE , sentirse mejor consigo mismo/a o integrarse en un grupo? | ☐ | ☐ |
| 6. ¿Consume alguna vez alcohol o drogas mientras está SOLO/A , o sin compañía? | ☐ | ☐ |
| 7. ¿Alguna vez se le OLVIDAN cosas que hizo mientras consumía alcohol o drogas? | ☐ | ☐ |
| 8. ¿Le han sugerido alguna vez sus FAMILIARES o AMIGOS que disminuya el consumo de alcohol o drogas? | ☐ | ☐ |
| 9. ¿Se ha metido alguna vez en LÍOS o problemas al tomar alcohol o drogas? | ☐ | ☐ |

AVISO PARA EL PERSONAL DE LA CLÍNICA Y EXPEDIENTES MÉDICOS:

La información incluida en esta página está protegida por normas federales sobre confidencialidad (42 CFR Parte 2) que prohíben su divulgación, salvo que mediara una autorización escrita para el caso específico. NO basta con que se cuente con una autorización generalizada en materia de divulgación de la información médica.

© John R. Knight, MD, Boston Children's Hospital, 2016.

Reproducción autorizada por el Center for Adolescent Substance Abuse Research (CeASAR), Boston Children's Hospital.
Para obtener más información y versiones en otros idiomas, ingrese en www.ceasar.org