

Programa para Trastornos de Deficiencia de Atención e Hiperactividad

'Specially For Children
Department of Neurology
1301 Barbara Jordan Blvd.
Suite 200
Austin, Texas 78723
(512) 628-1850

Bienvenido a la clínica para trastornos de deficiencia de atención e hiperactividad (ADHD por sus siglas en inglés) de 'Specially for Children.

Su hijo, _____ tiene una cita programada con _____ el _____ a la(s) _____ a.m./p.m. Por favor, llene los formularios adjuntos y tráigalos con usted a esta cita inicial.

Por favor, también asegúrese de traer la siguiente información a su cita:

1. Una tarjeta válida de seguro médico o Medicaid y una identificación con foto expedida por el gobierno – licencia de manejo o tarjeta de identificación.
2. La remisión/autorización proveída por el médico familiar de su hijo(a).
3. El copago del seguro y/o deducible se hará al momento de la cita.

Puesto que no sabemos los detalles de todas y cada una de las pólizas de su seguro, tenemos que verificar la cobertura del mismo. Asegúrese de familiarizarse con los servicios y procedimientos que cubre y que no cubre su seguro médico.

Se dará cuenta que hemos incluido un formulario sobre el comportamiento y aprovechamiento de su hijo para que lo llene el maestro. Por favor, pídale al maestro de su hijo que llene este formulario y una vez que se lo tenga, lo trae con usted a la primera cita.

Si un psicólogo, psiquiatra, neurólogo o cualquier otro profesional ha evaluado a su hijo, nos gustaría recibir una copia del reporte. De igual manera, si hay alguna otra información, como algún reporte previo de calificaciones o anotaciones del maestro que usted piensa que nos podrían ser de utilidad para entender a su hijo, por favor, traiga copias de esos documentos junto con los otros materiales.

La evaluación se realiza en nuestra clínica y consiste en tres citas.

- 1) La primera cita con el Dr. Karnik incluye una revisión de los antecedentes de su hijo, una plática sobre nuestras preocupaciones, una entrevista con su hijo y una evaluación neurológica.
- 2) La segunda cita incluye pruebas computarizadas de atención y autocontrol, una evaluación académica y alguna otra prueba cognoscitiva que se juzgue necesaria. Esta cita dura aproximadamente de una a una hora y media.
- 3) La tercera cita incluye una revisión de resultados, una determinación del diagnóstico y una plática sobre el manejo médico. La duración es de aproximadamente 45 minutos.



CHILDREN'S HOSPITAL
SUB-SPECIALISTS
OF CENTRAL TEXAS

Programa para Trastornos de Deficiencia de Atención e Hiperactividad

Dilip Karnik, M.D.
Director

'Specially for Children
Departamento de Neurología

CUESTIONARIO SOBRE EL DESARROLLO

Se le pide que conteste este cuestionario que tiene una serie de preguntas sobre usted y su hijo. Este tipo de información es muy útil para hacer un diagnóstico exacto de ADHD. Por favor, llene estos formularios lo mejor que pueda. Tendremos la oportunidad de platicar detalladamente sobre ellos en la cita de su hijo.

Por favor, escriba con letra de molde o encierre en un círculo las respuestas a todas las preguntas.

INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA Y SU HIJO

Nombre de su hijo _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Dirección _____

(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)
Nombre de la madre _____ Tel. de casa _____ Tel. del trabajo _____

Nombre del padre _____ Tel. de casa _____ Tel. del trabajo _____

¿Es adoptivo su hijo? Sí No Si es sí, edad a la que lo adoptó _____

¿Están casados los padres? Sí No ¿Separados? Sí No ¿Divorciados? Sí No

Médico de su hijo _____

Dirección del médico _____

(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)
Número de teléfono del médico _____

Por favor, haga una lista de los nombres de los otros niños de la familia:

Nombre	Edad	Grado
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

A. ¿Qué le preocupa sobre este niño?

B. ¿Ve que este niño tiene problemas de hiperactividad o problemas de atención y concentración? Si es sí, favor de explicar.

No Sí

C. ¿Ha recibido este niño tratamiento para ADHD? Si es sí, favor de explicar.

No Sí

D. ¿Algún otro miembro de la familia (p. ej.: madre, padre, hermana, hermano, tía, tío, etc.) sufre de falta de atención, hiperactividad o algún otro tipo de trastorno psicológico, emocional y/o nervioso, y problemas de aprendizaje?

No Sí

E. ¿Toma algún medicamento su hijo en este momento? Si es sí, favor de escribir el nombre y la dosis.

No Sí

Medicamento

Dosis

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

F. Por favor, haga una lista de sucesos inusuales y/o traumáticos en la vida de este niño que considera que hayan afectado su desarrollo y habilidad para funcionar, por ejemplo, el nacimiento de un hermano, fallecimiento en la familia, divorcio, enfermedad, cambios de casa, etc.

ANTECEDENTES MÉDICOS Y DE DESARROLLO

EMBARAZO Y PARTO

- A. Tiempo del embarazo, p. ej.: término completo, 40 semanas, 32 semanas, etc. _____
- B. Tiempo del parto (horas que duró desde el inicio de los dolores de parto hasta que nació). _____
- C. Edad de la madre cuando nació el niño. _____
- D. Peso del niño al nacer _____
- E. ¿Hubo alguna complicación durante el embarazo? P. ej.: sangrado, toxemia, incompatibilidad del factor Rh, drogadicción, enfermedades graves, etc. No Sí
Si hubo, favor de explicar.
- F. Tipo de trabajo de parto: Espontáneo Inducido
- G. Si el parto fue inducido, favor de especificar la razón:
- H. Tipo de parto: Normal De nalgas Cesárea
- I. ¿Hubo algún problema durante el trabajo de parto o el parto? Si es sí, favor de explicar. No Sí
- J. ¿Hubo algún problema con su hijo durante el parto o en los primeros días de vida? No Sí
Ej.: malestar cardiopulmonar durante el parto, el cordón umbilical alrededor del cuello, dificultad para respirar, cianótico, ictericia, crisis epilépticas, etc. Si es sí, favor de explicar.
- K. ¿Tiene su hijo alguna anomalía congénita? Si es sí, favor de describirla. No Sí

SALUD Y TEMPERAMENTO DEL BEBÉ

A. Durante los primeros 24 meses, ¿cómo era su hijo?

1. Dificil de alimentar	No	Sí
2. Dificultad para dormirlo	No	Sí
3. Con cólicos	No	Sí
4. Dificil de que siga un horario	No	Sí
5. Dificil de mantenerse ocupado	No	Sí
6. Hiperactivo, en constante movimiento	No	Sí
7. Muy terco, desafiante	No	Sí
8. Alerta	No	Sí
9. Animado	No	Sí
10. Cariñoso	No	Sí
11. Sociable	No	Sí
12. Fácil de consolar	No	Sí

ETAPAS IMPORTANTES DEL DESARROLLO

A. ¿A qué edad su hijo realizó por primera vez lo siguiente?

- | | |
|---|-------|
| 1. Sentarse sin ayuda. | _____ |
| 2. Gatear. | _____ |
| 3. Caminar solo, sin ayuda. | _____ |
| 4. Usar palabras aisladas (ej.: mamá, papá, etc.). | _____ |
| 5. Pronunciar dos palabras a la vez (ej.: mamá 'iba). | _____ |
| 6. Control de esfínteres anales, día y noche. | _____ |
| 7. Control de esfínteres urinarios, día y noche. | _____ |

ANTECEDENTES DE SALUD

A. ¿Alguna vez ha estado hospitalizado su hijo? Sí es sí, favor de hacer una lista de las hospitalizaciones. No Sí

Motivo de la hospitalización	Edad	Duración
------------------------------	------	----------

B. ¿Ha tenido su hijo alguna enfermedad crónica o algún problema de salud grave? No Sí

- C. ¿Cuál es el estado actual de salud de su hijo? Malo Regular Bueno
- D. ¿Alguna vez su hijo ha tenido algo de lo siguiente?

1. Problema del habla o lenguaje	No	Sí
2. Infecciones crónicas de oído	No	Sí
3. Dificultades para oír	No	Sí
4. problemas de la visión o los ojos	No	Sí
5. Problemas de apetito (come de más o come de menos)	No	Sí
6. Problemas para dormir (empezar a dormir, mantenerse dormido)	No	Sí
7. Dificultades de psicomotricidad gruesa, torpe	No	Sí
8. Dificultades de psicomotricidad fina (uso de utensilios, abotonarse, escribir a mano)	No	Sí
9. Dificultad de percepción visual/integración visual y psicomotriz	No	Sí
10. Trastorno del proceso auditivo	No	Sí
11. Resistencia táctil (al tacto, etiquetas de la ropa, etc.)	No	Sí
12. Cuestiones de integración sensitiva (conciencia del cuerpo, coordinación, etc.)	No	Sí

ANTECEDENTES EDUCATIVOS

- A. Nombre de la escuela: _____ Grado: _____
- B. Tipo de colocación en el salón de clase (regular, salón de recursos, educación especial, etc.): _____
- C. ¿Tiene su hijo alguna dificultad en la escuela? No Sí
- D. ¿Tiene su hijo alguna dificultad de lo siguiente?
- | | | |
|-------------------------|----|----|
| 1. Lectura | No | Sí |
| 2. Ortografía | No | Sí |
| 3. Escritura | No | Sí |
| 4. Matemáticas | No | Sí |
| 5. Seguir instrucciones | No | Sí |
| 6. Completar tareas | No | Sí |
- E. ¿Ha reprobado su hijo alguna materia? Si es sí, ¿cuáles? No Sí
- F. ¿Ha repetido su hijo algún grado? Si es sí, ¿cuál y por qué motivo? No Sí
- G. Favor de hacer una lista o hablar de algún otro problema escolar:

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. 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 - 1102

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

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

D3s4 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: _____

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: _____



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

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: _____

D4s4

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

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: _____

American Academy
of Pediatrics



DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™



NICHQ

National Initiative for Children's Healthcare Quality



**'Specially For Children
Autorización para la divulgación de información de la salud**

Por medio de la presente, autorizo a 'Specially For Children a divulgar información identificable e individual sobre mi salud como se describe abajo, que podría incluir datos concernientes a enfermedades transmisibles como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA por sus siglas), enfermedades mentales (con excepción de notas de psicoterapia), dependencia a químicos o alcohol, resultados de exámenes de laboratorio, historial clínico, tratamiento o cualquier otra información relacionada. Entiendo que esta autorización es voluntaria y puedo rehusar firmarla. Además comprendo que mi cuidado de salud y cobros por dicho cuidado no serán afectados si no firmo el permiso.

Comprendo que si el destinatario autorizado de esta información no es un plan de salud o proveedor de cuidado de salud, la información divulgada puede ya no estar protegida por las regulaciones de privacidad federales y estatales.

Escriba el nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de seguro social
---------------------------------------	----------------------------	--------------------------------

Fecha(s) del servicio en que se solicitan los expedientes (sea específico)	Nombre del médico a quien se se le están solicitando los documentos
---	--

Descripción de información de salud que se está dando a conocer:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Expediente médico completo | <input type="checkbox"/> Anamnesis y examen físico | <input type="checkbox"/> Anotaciones sobre el progreso |
| <input type="checkbox"/> Interconsulta | <input type="checkbox"/> Reporte operatorio | <input type="checkbox"/> Reporte patológico |
| <input type="checkbox"/> Reporte de laboratorio | <input type="checkbox"/> Reporte radiográfico | <input type="checkbox"/> Electrocardiograma |
| <input type="checkbox"/> Expediente de emergencias | <input type="checkbox"/> Notas clínicas | <input type="checkbox"/> Otros: (especifique) _____ |

Propósito de la divulgación:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Abogado/legal | <input type="checkbox"/> Cuidado continuo del paciente |
| <input type="checkbox"/> Seguro comercial | <input type="checkbox"/> Uso personal |
| <input type="checkbox"/> Otros: (especifique) _____ | |

Dispense la información de salud (mencionada arriba) al siguiente médico/persona/instalaciones/entidad:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Comprendo que esta autorización caducará al año a partir de la fecha en que se firma. _____
Iniciales/fecha

Entiendo que puedo revocar esta autorización al solicitar una revocación de autorización por escrito que puede obtenerse llamando o escribiendo al número telefónico o dirección enlistados en la parte inferior de esta página. También comprendo que la revocación por escrito debe ser firmada y con fecha posterior a la que se ha puesto en la autorización. La revocación no afectará ninguna acción tomada antes de recibir la revocación por escrito.

Comprendo que 'Specially for Children proveerá esta información a 15 días del recibo de la solicitud y que se puede cobrar una cuota para preparar y facilitar esta información de acuerdo a las reglas establecidas por el Consejo de Examinadores Médicos del Estado de Texas (Texas State Board of Medical Examiners).

Firma para la autorización:

Nombre del paciente o representante del paciente

Firma del paciente o representante del paciente

Parentesco con el paciente

O tutor legal (adjunte documentación pertinente)

'Specially for Children
Aviso sobre las prácticas de privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ÉSTA. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE

Entérese cómo se maneja su expediente e información médica. Este aviso describe cómo es el manejo de 'Specially for Children (SFC) y de sus doctores con respecto a la información médica protegida que se crea mientras usted es paciente de SFC. Los doctores de SFC y el personal autorizado para tener acceso a su expediente están sujetos a este aviso. Además, los doctores de SFC pueden compartir información médica entre ellos para tratamiento, pago o funcionamiento del cuidado de salud como se describe en este aviso.

Hacemos un expediente del cuidado y los servicios que usted recibe en SFC. Entendemos que su información médica y su salud son privadas. Estamos comprometidos a proteger su información médica. Este aviso se aplica a todo expediente sobre su cuidado en SFC.

Este aviso le dirá cómo podemos utilizar y divulgar su información médica. También describimos sus derechos y ciertas obligaciones que existen con respecto a la utilización y divulgación de información médica.

Sus derechos sobre la información médica

Aunque su expediente de salud es propiedad física de SFC, la información le pertenece a usted y tiene derecho:

- A examinar y solicitar una copia de su expediente médico como lo estipula la ley.
- A solicitar que su información médica sea transferida a través de otros medios posibles o a otros lugares. Nos ajustaremos a las peticiones razonables.
- A solicitar una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones de su información para tratamiento, pago, funcionamiento del cuidado de salud, y sobre las divulgaciones permitidas a personas, incluyendo a miembros de la familia involucrados en su cuidado y según lo estipulado por la ley. Sin embargo, la ley no requiere que nosotros estemos de acuerdo con la restricción solicitada.
- A solicitar que nosotros modifiquemos su expediente médico según lo estipule la ley. Le notificaremos si no podemos modificar su expediente médico según lo solicitó.
- A obtener una relación de la cantidad de ciertas divulgaciones de su información médica según lo estipule la ley.
- A obtener una copia impresa de este "aviso sobre la forma en que se maneja la información", solicitándolo al Encargado de Asuntos Privados de SFC que se localiza en 1301 Barbara Jordan Blvd., Suite 200, Austin, Texas 78723. También se puede obtener una copia de este aviso en la página de internet de SFC en www.speciallyforchildren.com

Usted puede hacer valer sus derechos enunciados en este aviso entregando una petición por escrito al gerente de integridad e ingresos de 'Specially For Children 1301 Barbara Jordan Blvd., Suite 200, Austin, Texas 78723. También puede enviar la solicitud por escrito vía E-mail a:

ComplianceCommittee@sfaustin.com

Nuestras Responsabilidades.

Además de las responsabilidades enunciadas anteriormente, también se requiere que nosotros:

- Mantengamos la privacidad su información médica.
- Le proporcionemos un aviso sobre nuestros deberes legales y las prácticas de privacidad con respecto a su expediente que tenemos.
- Acatemos los términos de este aviso.
- Le notifiquemos si no podemos estar de acuerdo con la restricción solicitada acerca de ciertos usos y divulgaciones.
- Nos reservemos el derecho a cambiar nuestras prácticas y a hacer vigentes las nuevas disposiciones para toda la información médica protegida que mantenemos, incluyendo información creada o recibida antes del cambio. Si cambia la forma en que manejamos la información, no estamos obligados a notificarle a usted, pero tendremos el aviso modificado disponible para que usted lo solicite en SFC y en la página de internet de SFC en www.speciallyforchildren.com

- No utilizaremos o divulgaremos su información médica sin antes obtener de usted una autorización por escrito, a excepción de lo descrito en este aviso o según lo permita la ley.

Ejemplos de divulgaciones de información médica para tratamiento, pago y funcionamiento de los servicios médicos y alguna otra forma según lo permita la ley.

Las siguientes categorías describen las diferentes formas en que utilizamos y divulgamos la información médica. Para cada categoría de uso y divulgación, explicaremos lo que queremos decir y trataremos de dar algunos ejemplos. No todo uso o divulgación se anotará en la lista de cada categoría. Sin embargo, todas las formas que se nos permitan en el uso y divulgación de información deben pertenecer a una de las categorías.

Tratamiento

Por ejemplo: Podemos divulgar información médica de usted a los doctores, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina o al personal involucrado en su cuidado médico en SFC. Podemos compartir su información médica para coordinar diferentes tratamientos, tales como recetas, exámenes de laboratorio y radiografías. También podemos proporcionarle a su médico o a un futuro proveedor de cuidados médicos información acerca de su condición física en particular, para que pueda darle el tratamiento adecuado a otros padecimientos que tenga si es que tiene alguno.

Pago

Por ejemplo: Se nos permite utilizar y divulgar su información médica para enviar la cuenta y cobrar el pago de los servicios que se le proporcionaron a usted. La información en o adjunta a la cuenta incluirá información médica que lo identifica a usted, una descripción de los servicios médicos que se le proporcionaron, su diagnóstico y otra información que necesita su asegurador o HMO para aprobar el pago que nos hace.

Funcionamiento del cuidado de salud

Por ejemplo: Se nos permite utilizar y divulgar la información de su expediente médico con el propósito de utilizarla en el funcionamiento del cuidado de salud, que es una actividad que apoya esta realización y valora el cuidado y el resultado en su caso y en otros como este. Posteriormente, esta información se utilizará en un esfuerzo por continuar el mejoramiento en la calidad y efectividad del cuidado de salud y los servicios que proveemos.

Su información médica también se utilizará según lo permita la ley. Los siguientes son ejemplos de cómo podemos utilizar y divulgar su información médica.

Colaboradores: En nuestra organización existen algunos servicios que se proporcionan a través de contactos con colaboradores. Algunos ejemplos incluyen ciertos exámenes de laboratorio, servicios de operadora telefónica, servicios de transcripción y servicio de fotocopias. Sin embargo, para proteger su información médica, requerimos que nuestros colaboradores tomen las medidas necesarias para salvaguardarla.

Notificación: Podemos utilizar o divulgar información para notificar o ayudar en la notificación de su localización y estado general en que usted se encuentra a un miembro de la familia, a su representante o a otra persona responsable de su cuidado. **Investigaciones:** Podemos divulgar información a los investigadores una vez que el estudio haya sido aprobado por una Junta Institucional de Revisiones (Institutional Review Board) que haya revisado la propuesta de la investigación, y haya establecido los protocolos para asegurar la privacidad de su información médica.

Gerentes de funerarias: Podemos divulgar información médica a los gerentes de funerarias para que lleven a cabo sus labores conforme a la ley aplicable.

Organizaciones de obtención de órganos: Conforme a la ley aplicable, podemos divulgar información médica a las organizaciones de obtención de órganos o a otras entidades involucradas en la obtención, almacenamiento y trasplante de órganos con el propósito de que se realicen donaciones de tejidos y trasplantes de órganos.

Comunicación para el tratamiento y funcionamiento del cuidado de salud: Podemos comunicarnos con usted por

teléfono o correo para recordarle sobre las citas o información acerca de las alternativas de tratamiento u otros beneficios de salud y servicios que pueden ser de interés para usted.

Mercadotecnia: Podemos ponernos en contacto con usted para recordarle sobre las citas o proporcionarle información sobre las alternativas de tratamiento u otros beneficios de salud, bienes y servicios proporcionados por SFC que pueden ser de interés para usted.

Recaudación de fondos: Podemos ponernos en contacto con usted como parte de una iniciativa para recaudar fondos.

Administración Federal de Fármacos y Alimentos (FDA por sus siglas en inglés): Podemos divulgar información médica a FDA en relación con los efectos secundarios en lo que respecta a alimentos, medicamentos, dispositivos, suplementos, productos y defectos del producto, o información de vigilancia posmercado que permita el retiro del producto, la reparación o reemplazo del producto.

Compensación al trabajador: Podemos divulgar información médica en la medida que se autorice y hasta donde sea necesario para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación al trabajador u otros programas similares según lo establezca la ley.

Salubridad pública: Según como la ley requiera, podemos divulgar su información médica a la Secretaría de Salubridad Pública o a las autoridades legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.

Abuso, negligencia o violencia intrafamiliar: Según se requiera por ley, podemos divulgar información médica a una autoridad gubernamental autorizada por la ley para recibir reportes de abuso, negligencia y violencia intrafamiliar.

Fines judiciales, administrativos y policíacos: Conforme a la ley aplicable, podemos divulgar su información médica con fines judiciales, administrativos y policíacos. Esto puede incluir divulgaciones para prevenir una amenaza seria contra usted o contra la salud o seguridad de terceras personas, así como contra las víctimas de delito o de conducta delictiva en la entidad cubierta.

Actividades militares, de seguridad nacional e inteligencia, protección al presidente: Podemos divulgar información médica de usted para propósitos gubernamentales especializados, tales como separación o destitución del servicio militar, actividades autorizadas de inteligencia y seguridad nacional, así como actividades autorizadas para proporcionar servicios de protección al Presidente de los Estados Unidos, a otros funcionarios gubernamentales o jefes de estado de otros países.

Según lo requerido o permitido por la ley: Divulgaremos información médica de usted cuando se requiera o se permita bajo la ley local, estatal o federal.

Otros usos de su información médica:

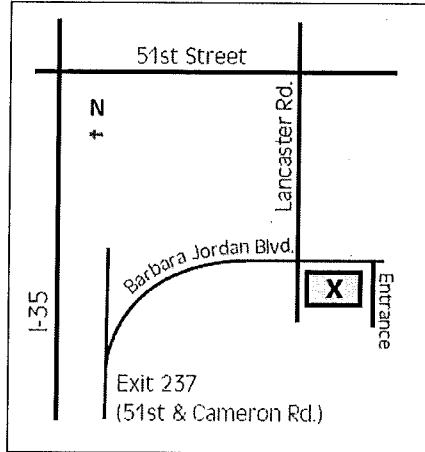
Solamente con su autorización por escrito se realizarán otros usos y otras divulgaciones de información médica que no cubre este aviso o las leyes que se aplican. Si nos da su autorización para utilizar o divulgar su información médica, usted puede cancelar por escrito esa autorización en cualquier momento. Si usted cancela la autorización que nos dio, nosotros ya no usaremos o divulgaremos información médica suya, debido a las razones que se cubren en su autorización por escrito. No podemos dar marcha atrás a cualquier divulgación que ya hayamos hecho con su autorización.

Para mayor información o para reportar algún problema:

Si tiene alguna pregunta con respecto a su derecho a la privacidad de información, y le gustaría obtener información adicional, puede llamar al gerente de integridad e ingresos de 'Specially For Children al 512-628-1933.

Si usted cree que su derecho a la privacidad de información ha sido violado, puede presentar una queja por escrito al gerente de integridad e ingresos de 'Specially for Children, en 1301 Barbara Jordan Blvd., Suite 200, Austin, Texas 78723 o en ComplianceCommittee@sfaustin.com. También puede presentar una queja por escrito con el Secretario de Salubridad y Servicios Humanos. No habrá ninguna represalia en su contra por presentar la queja.

Consultorios en Austin
1301 Barbara Jordan Blvd., Suite 200
Austin, TX 78723
512-628-1800



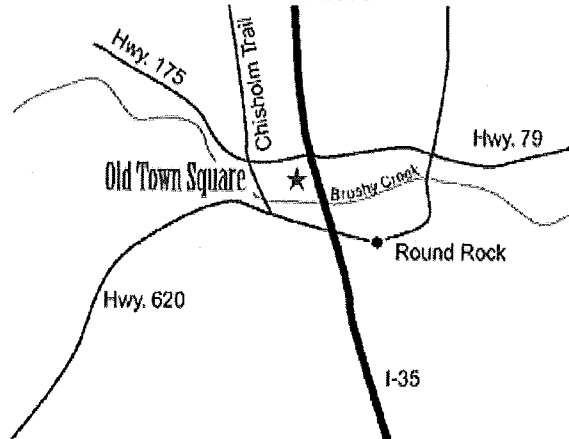
En dirección norte de IH-35

- Tome la salida a la calle 51st /Cameron Rd.
- Cámbiese al carril derecho, ese carril voltea sólo a la derecha
- Ese es el Blvd. Barbara Jordan.
- El primer alto es Lancaster. Nuestro edificio está al cruzar la calle a mano derecha.
- El edificio tiene el nombre de Strictly Pediatrics en la parte de afuera.
- Pase el edificio y voltee a la derecha en la entrada que va al estacionamiento.

En dirección sur de IH-35

- Tome la salida a la calle 51st, quédese en el carril central hasta el semáforo de la calle 51st.
- Voltee a la izquierda en la calle 51st, cruce el paso a desnivel.
- El primer semáforo DESPUÉS del puente a desnivel es Lancaster, ahí voltee a la derecha.
- Al siguiente alto, voltee a la izquierda en el Blvd. Barbara Jordan, el edificio está en la esquina a mano derecha.
- El edificio tiene el nombre de Strictly Pediatrics en la parte de afuera.
- Pase el edificio y voltee a la derecha en la entrada que va al estacionamiento.

Consultorios en Round Rock
One Chisolm Trail, Building 1, suite 200
Round Rock, TX 78681
512-246-1076



En dirección sur de IH-35

- Tome la salida 253 US-79/Hutto Taylor Sam Bass Rd.
- Pase el semáforo, luego pase un Starbucks.
- Voltee a la derecha en Sunset
- Inmediatamente a la izquierda está el estacionamiento.
- El edificio 1 está a su izquierda.

En dirección norte de IH-35

- Tome la salida 253 US-79/Hutto Taylor Sam Bass Rd.
- Voltee en U debajo de I-35, cámbiese al carril derecho.
- Voltee a la derecha en Sunset
- Inmediatamente a la izquierda está el estacionamiento.
- El edificio 1 está a su izquierda.