



Behavior or School Performance Consultation Basics

Nombre de paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Account #: _____

Estimado padre/madre o guardián:

Ha expresado inquietudes sobre el comportamiento o el desempeño escolar de su hijo. Nos gustaría ayudar a identificar los problemas de su hijo y desarrollar un plan de tratamiento. Por favor envíe los materiales enumerados a continuación para que uno de nuestros médicos los revise. Dado que nuestros médicos no pueden brindar atención de calidad hasta que revisen la información, no programaremos una visita de consulta hasta que recibamos y revisemos toda la información solicitada. Después de que el médico haya revisado los materiales (esto generalmente demora una semana hábil), nos comunicaremos con usted para programar una consulta. Si su hijo no ha tenido un examen físico de control reciente, probablemente le pediremos que programe dos citas separadas: una para un chequeo y otra para una consulta. Esto es muy importante porque algunos niños con problemas de conducta tienen condiciones médicas tratables que podrían detectarse durante un examen físico.

Lista de Materiales:

- Vanderbilt Teacher Rating Scale completado por todos los maestros
- Vanderbilt Parent Rating Scale para cada padre
- Copia de calificaciones recientes
- Copia de calificaciones de exámenes estandarizados
- Sudden Cardiac Death Risk Assessment
- Cuestionario de ADHD
- Un resumen, escrito por los padres, que describe el comportamiento o los problemas de aprendizaje del niño junto con los esfuerzos realizados para ayudar a abordar los problemas.
- Pruebas psicoeducativas (realizadas a través de la escuela o de forma privada) si están disponibles. No exigimos estas pruebas para la consulta inicial. Podríamos requerirlos después de la consulta inicial.

Agradecemos su tiempo y atención. Esperamos trabajar con usted y su hijo en una relación gratificante para que alcancen sus metas.

FOR OFFICE USE ONLY

CMPC Staff Signature: _____

Mailed: _____

CHILDREN'S MEDICINE P.C.'s ACUERDO DE POLÍTICA Y TRATAMIENTO DEL TDAH

Ha completado la documentación necesaria y se ha reunido con el terapeuta de su hijo para tratar el TDAH. Ha decidido tratar el TDAH de su hijo con medicamentos (estimulantes).

Para continuar con la prescripción de este medicamento, debe cumplir con la póliza de tratamiento del TDAH de Children's Medicine, P.C.

Año inicial de tratamiento:

1. Seguimiento con su médico dentro de 1 mes después de su visita inicial por TDAH;
2. Seguimiento dentro de los 3 meses posteriores a la visita del mes; y,
3. Seguimiento con su médico dentro de los 3 meses posteriores a la primera visita de 3 meses.

Tratamiento en curso (año 2 y posteriores):

1. Seguimiento con el médico cada 3 a 4 meses (una de estas visitas será el control del niño)
2. Obligatorio estar al día con el chequeo de control
3. Obligatorio estar al día con las vacunas.
4. Completar las escalas de calificación anualmente
5. Completar anualmente la evaluación del riesgo de muerte súbita cardíaca.

Es útil llevar a estas visitas calificaciones de su hijo, los resultados de las pruebas estandarizadas, las notas de los maestros y copias de los planes educativos individuales. El profesional clínico de su hijo también podría solicitar escalas de calificación.

Las recetas de resurtido para el TDAH solo las emite el médico que atiende al niño. Las solicitudes de resurtido en nuestra oficina deben realizarse 7 días antes de necesario. La solicitud debe incluir el nombre del niño, su fecha de nacimiento, el nombre del medicamento y la dosis prescrita.

No se ofrecen resurtidos para pacientes que no estén al día con su calendario de exámenes/seguimiento de 4 a 6 meses. Es su responsabilidad programar estos exámenes con tiempo.

El incumplimiento de la póliza sobre TDAH de Children's Medicine, P.C. dará como resultado que el médico de su hijo deje de recetarle su medicamento para el TDAH.

He leído la política sobre TDAH y acepto cumpliría mientras mi hijo, _____

Fecha de nacimiento _____ está recibiendo tratamiento para el TDAH en Children's Medicine, P.C.

Firmado y fechado este _____ día de _____, 202____.

Firma del padre/madre

Clinician Signature

Nombre impreso del padre/madre

Clinician Printed Name

Revised 9/15/2025

For Office Use Only

Pt MRN _____



PARA SER COMPLETADO POR EL PACIENTE/PADRE/MADRE

Historia de la escuela

Nombre de escuela: _____

Profesor/a de aula: _____

Grado: _____ Clases de educación especiales: _____

¿En qué grado empezaron los problemas académicos? _____

¿Alguna vez ha sido retenido? ----- ☐ Yes ☐ No

¿Recibe tutoría ahora? ----- ☐ Yes ☐ No

¿Ha tenido dificultades de aprendizaje o pruebas psicológicas? ---- ☐ Yes ☐ No

Marque las áreas de preocupación:

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Problemas de salud | ☐ Sonidos inapropiados | ☐ Matemáticas |
| ☐ Absentismo | ☐ Falta de atención | ☐ Retención de información |
| ☐ Motivación | ☐ Habla | ☐ Tarea |
| ☐ Comportamiento | ☐ Lectura | ☐ Copeando del pizarrón |
| ☐ Habilidad motor | ☐ Escritura | ☐ Tomando exámenes |
| ☐ Hiperactividad | ☐ Deletreando | ☐ Llevándose bien con otros |

Historial medico antecedente/de familia

Marque sí o no y marque con un círculo las preocupaciones específicas:

	Si	No
1. ¿Tiene el paciente algún problema médico actual? -----	☐	☐
2. ¿Tienes inquietudes sobre la dieta, el sueño, el ejercicio?-----	☐	☐
3. ¿El paciente ha tenido alguna de las siguientes condiciones: cirugías, alergias importantes o reacciones alérgicas a medicamentos, lesión en la cabeza, convulsiones, tics faciales u otros movimientos corporales, meningitis, encefalitis o intoxicación de cualquier tipo? -----	☐	☐
4. ¿El paciente ha tenido alguno de los siguientes problemas: enuresis, ensucio de heces, arrebatos de ira, cambios de humor, ansiedad, depresión, mintiendo, robos, incendios, destrucción, crueldad hacia los animales o autolesiones? -----	☐	☐
5. ¿Tiene usted preocupaciones sobre su desarrollo general? -----	☐	☐
6. ¿El paciente está tomando algún medicamento actualmente?----- Enumera los medicamentos _____	☐	☐
7. ¿Tuvo la madre algún problema médico durante el embarazo, el parto, el nacimiento o el período posparto?-----	☐	☐
8. ¿El paciente respiró y lloró normalmente después del parto, tenía buen color, succionaba bien, creció y se desarrolló normalmente? -----	☐	☐
9. ¿El paciente nació a término? ¿Peso al nacer?-----	☐	☐
10. ¿La madre consumió alcohol, drogas recreativas, tabaco, parecía deprimida o tuvo otros problemas mentales durante el embarazo? -----	☐	☐
11. ¿Alguien en la familia inmediata ha tenido alguno de los siguientes problemas: TDAH, dificultades escolares, depresión, trastorno bipolar, síndrome de Tourette, alcoholismo o problemas de drogas? -----	☐	☐
¿Tiene alguna otra inquietud que desee discutir? -----	☐	☐

Firma de Paciente/Padre

Fecha

Formulario de evaluación de riesgo cardíaco pediátrico



Complete este formulario para todos los niños (participantes atléticos o no) a partir de los 6 años de edad, momento en que la Academia Americana de Pediatría recomienda comenzar con exámenes de preparticipación (PPE). Debe completarse cada 3 años, como mínimo, incluso al ingresar a la escuela media y secundaria. Según las preocupaciones de la familia o el proveedor de atención médica, podría ser adecuado evaluar al paciente antes o con mayor frecuencia.

Nombre del paciente: _____

Edad: _____

Persona que completa el formulario: _____

Fecha: _____

Preguntas sobre síntomas:	Sí	No	No está seguro
Tú (el paciente), ¿alguna vez te has desmayado, perdido la conciencia o tenido convulsiones repentinamente, sin causa aparente y sin preaviso?			
De ser así, ¿fue mientras hacías ejercicio o en respuesta a un ruido fuerte repentino, como el timbre de una puerta, la alarma de un reloj o un teléfono que sonó?			
Tú (el paciente), ¿alguna vez has tenido alguno de los siguientes mientras hacías ejercicio ? 1. Dolor de pecho relacionado con el ejercicio, particularmente, dolor que parecía presión y que no ocurría en reposo. 2. Dificultad para respirar inusual o extrema mientras hacías ejercicio, que no se explica por tener asma.			
Antecedentes familiares:	Sí	No	No está seguro
¿Algún miembro de la familia inmediata (incluir a los padres o hermanos del paciente) murió antes de los 50 años por problemas del corazón, o repentina e inesperadamente? <i>Incluso si fue por ahogo, en el sueño, por muerte súbita infantil o en un accidente automovilístico sin explicación y mientras manejaba.</i>			
¿Algún miembro de la familia inmediata (padres o hermanos del paciente) tiene alguna de las siguientes afecciones?			
Miocardiopatía hipertrófica o miocardiopatía hipertrófica obstructiva (HCM/HOCM) Síndrome de QT largo (LQTS) o síndrome de QT corto Síndrome de marfan o síndrome de Loeys-Dietz Miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ACM) Taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT) Síndrome de Brugada (BrS) ¿Alguno menor de 50 años tiene un marcapasos o desfibrilador implantable? No tengo ningún miembro conocido de mi familia inmediata con una de las afecciones anteriores.			
Si alguna respuesta es "sí", explique aquí en mayor detalle:			

SISTEMA NICHQ VANDERBILT DE EVALUACIÓN. CUESTIONARIO PARA PADRES NICHQ VANDERBILT ASSESSMENT SCALE—PARENT INFORMANT

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?

Sintomas/ 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

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

American Academy
of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™



NICHQ

National Initiative for Children's Healthcare Quality

SISTEMA NICHQ VANDERBILT DE EVALUACIÓN. CUESTIONARIO PARA PADRES
NICHQ VANDERBILT ASSESSMENT SCALE—PARENT INFORMANT

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

SISTEMA NICHQ VANDERBILT DE EVALUACIÓN. CUESTIONARIO PARA PADRES
NICHQ VANDERBILT ASSESSMENT SCALE—PARENT INFORMANT

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 <i>Overall school performance</i>	1	2	3	4	5
49. Lectura <i>Reading</i>	1	2	3	4	5
50. Escritura <i>Writing</i>	1	2	3	4	5
51. Matemáticas <i>Mathematics</i>	1	2	3	4	5
52. Relación con sus padres <i>Relationship with parents</i>	1	2	3	4	5
53. Relación con sus hermanos <i>Relationship with siblings</i>	1	2	3	4	5
54. Relación con sus compañeros <i>Relationship with peers</i>	1	2	3	4	5
55. Participación en actividades organizadas (ejemplo: equipos deportivos) <i>Participation in organized activities (eg, teams)</i>	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: _____

American Academy
of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™



NICHQ

National Initiative for Children's Healthcare Quality

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. Original document included as part of *Addressing Mental Health Concerns in Primary Care: A Clinician's Toolkit*. Copyright © 2010 American Academy of Pediatrics. All Rights Reserved. The American Academy of Pediatrics does not review or endorse any modifications made to this document and in no event shall the AAP be liable for any such changes.

American Academy of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™

