



ADHD RESULTADO DEL REPORTE DE PROGRESO

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado en la escuela: _____

Nombre de la persona completando esta forma: _____

Nombre de maestro/a si esta en escuela primaria: _____

Por favor liste los medicamentos y las dosis actuales:

Por favor marque el cuadro que corresponda a los síntomas actuales de su hijo mientras toma medicamento.

Síntomas Principales	No es un Problema	Problema Leve	Problema Moderado	Problema Severo
Atención en la escuela				
Atención en la casa				
Hiperactividad				
Impulsividad				
Olvidadizo				
Distractibilidad				
Organización				
Síntomas Secundarios				
Tarea				
Comportamiento en la escuela				
Actividades extra- escolares				
Interacciones sociales				
Participación familiar				
Comportamientos destructivos				
Accidentes/Lesiones				

Por favor marque el cuadro correspondiente.

Eventos Adversos	Bueno	Aceptable	Pobre	Mejorado
Apetito				
Sueño				
Eventos Adversos	Ningun	Ocasional	Frecuente	Mejorado
Tics				
Dolores de estómago				
Dolores de cabeza				

Círculo Uno

Alguna ayuda extra: I.E.P Plan 504 Tutoria Clases especiales

Duración del medicamento 12 hrs 10 hrs 8 hrs 6 hrs 4 hrs Menos

Estado de Ánimo Agradable Deprimido Ansioso Conflictivo Otro

Cambio en animo: Mejor Peor Igual

Desempeño académico: Sobre promedio Promedio Bajo Promedio Fallando

Su hijo/a esta viendo a un asesor de conducta, terapeuta, o psicólogo? Si No

Su hijo toma medicamento los fines de semana? Si No

Durante el verano? Si No

Cuántas dosis de medicamento su hijo dejó de tomar este mes? _____

Otros efectos secundarios:

¿Otros comentarios: _____