

# Salud mental Integración

## Paquete de evaluación del estudiante

Para ser llenado por el médico  
o personal de la oficina

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Número de fax de la clínica: \_\_\_\_\_

Nombre de la clínica: \_\_\_\_\_ Número de teléfono de la clínica: \_\_\_\_\_

Dirección de la clínica: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

### Estimado psicólogo de la escuela, asesor, o maestro:

El estudiante mencionado arriba está siendo evaluado por nuestra clínica por posibles síntomas asociados con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD, por sus siglas en inglés) y otra condición de la salud mental. **Su aportación es importante** en este proceso, es necesario hacer un diagnóstico preciso y crear un plan de tratamiento. Este paquete contiene los siguientes formularios:

- Escala de evaluación de Vanderbilt ADHD para los maestros:** esta escala ayuda a evaluar los síntomas de atención o problemas de hiperactividad y resultando en grado de deterioro. Da un entendimiento detallado de donde el estudiante está funcionando y comportando.
- Escala de evaluación de Vanderbilt ADHD para los maestros de seguimiento:** esta escala ayuda a evaluar los síntomas de su estado actual, monitorea la eficacia de las intervenciones, y proporciona retroalimentación sobre posibles efectos secundarios.

Nos gustaría que **complete estos formularios** tan pronto como sea posible. **Por lo general, el maestro del estudiante (o quien se que pase mas tiempo con el estudiante) es la mejor persona para llenar estos formularios.** Si el niño tiene más de un maestro principal, o tiene un maestro de educación especial, sería útil si pudiésemos obtener un set separado de escalas de cada maestro. Por favor haga copias de los formularios adjuntos como sea necesario para este propósito.

Estas son las dos opciones para **regresar os formularios completos:**

1. **Regréselos a los padres del estudiante.** Los padres pueden hacer una cita de seguimiento con nuestra oficina.
2. **Con el permiso de los padres** (vea abajo), puede regresarlos a nuestra clínica a la dirección mencionada arriba.

La escuela tiene mi permiso para regresar los formularios directamente a la clínica. \_\_\_\_\_  
Firma de padre/madre

Usted puede decidir hacer una **evaluación más detallada** a su discreción. Si hace una evaluación adicional, por favor mande una copia del reporte psicológico a nuestra oficina.

Apreciamos su colaboración en proporcionar el mejor cuidado al estudiante. Gracias.

\_\_\_\_\_  
Firma de proveedor de atención primaria



## Escala de evaluación de Vanderbilt ADHD para los maestros:

Padre/Hijo

Nombre del maestro: \_\_\_\_\_ Hora de la clase: \_\_\_\_\_ Nombre de la clase: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

**Indicaciones:** cada evaluación debe ser considerada en el contexto que es más apropiado para la edad del niño al que están evaluando y debe reflejar el comportamiento. Por favor **indique el número de semanas o meses** que ha tenido que evaluar estos comportamientos. \_\_\_\_\_

¿Es esta evaluación basada en momentos que su niño?:

Estuvo tomando medicamentos

No estuvo tomando medicamentos

No está seguro

Síntomas		Nunca	Algunas veces	A menudo	Muy a menudo
1.	No pone atención a los detalles o comete errores sin cuidado con las tareas	0	1	2	3
2.	Tiene dificultad para poner atención a lo que necesita hacer	0	1	2	3
3.	No parece escuchar cuando le hablan directamente	0	1	2	3
4.	No sigue las indicaciones y no termina las tareas en clase (no porque las rechace o no entienda)	0	1	2	3
5.	Tiene dificultad organizando las tareas o actividades	0	1	2	3
6.	Evita, no le gusta o no quiere empezar las tareas que requieren un continuo esfuerzo mental	0	1	2	3
7.	Pierde cosas necesarias para las tareas o actividades (tareas escolares, lápices, o libros)	0	1	2	3
8.	Se distrae con facilidad por ruidos y otros estímulos	0	1	2	3
9.	Se olvida de actividades diarias	0	1	2	3
10.	Juega con las manos o los pies o no se queda quieto en su silla	0	1	2	3
11.	Se sale de su silla en clase o en otras situaciones cuando se espera que se quede en su silla	0	1	2	3
12.	Corre por todos lados o se sube a todo cuando se espera que esté sentado	0	1	2	3
13.	Tiene dificultad para jugar o empezar a jugar juegos silenciosos	0	1	2	3
14.	Está "en movimiento" a menudo, o actúa "impulsado por un motor"	0	1	2	3
15.	Parece siempre estar hablando o no puede parar de hablar	0	1	2	3
16.	Suelta respuestas antes de terminar las preguntas	0	1	2	3
17.	Tiene dificultad para esperar su turno	0	1	2	3
18.	Interrumpe a otros (se mete en las conversaciones y actividades de otros)	0	1	2	3
19.	Pierde el temperamento	0	1	2	3
20.	Reta o se niega a cumplir con los pedidos o reglas de los adultos	0	1	2	3
21.	Está enojado o resentido	0	1	2	3
22.	Es rencoroso y quiere "vengarse"	0	1	2	3
23.	Acosa, amenaza, o intimida a otros	0	1	2	3
24.	Empieza peleas físicas	0	1	2	3

Síntomas		Nunca	Algunas veces	A menudo	Muy a menudo
25.	Miente para recibir favores o cosas (como juguetes o comida), o miente para evitar hacer lo que tiene que hacer (engaña a otros)	0	1	2	3
26.	Es físicamente cruel con otros (golpea, cachetea, o piñizca a otros)	0	1	2	3
27.	Ha robado cosas de valor	0	1	2	3
28.	Destruye la propiedad de otras personas a propósito	0	1	2	3
29.	Tiene miedo, ansiedad o preocupación	0	1	2	3
30.	Se acompleja o avergüenza con facilidad	0	1	2	3
31.	Tiene miedo de probar nuevas cosas por miedo a cometer errores	0	1	2	3
32.	Se siente inútil o inferior	0	1	2	3
33.	Culpa a otros por problemas, o se siente culpable	0	1	2	3
34.	Se siente solo, que nadie lo quiere, que nadie lo ama, o dice "nadie me quiere"	0	1	2	3
35.	Está triste, infeliz, o deprimido	0	1	2	3

Rendimiento	Excelente	Arriba del promedio	Promedio	Algo Problemático	Problemático
¿Cómo le está yendo a su niño en la escuela?					
36. Leer	1	2	3	4	5
37. Matemáticas	1	2	3	4	5
38. Escribir	1	2	3	4	5
Califique el comportamiento del niño en la clase					
39. Se lleva bien con otros, tiene amigos, respeta a sus compañeros	1	2	3	4	5
40. Sigue indicaciones	1	2	3	4	5
41. No interrumpe la clase	1	2	3	4	5
42. Termina las asignaciones	1	2	3	4	5
43. Es organizado	1	2	3	4	5

## Escala de evaluación de Vanderbilt ADHD para los maestros:

Nombre del maestro: \_\_\_\_\_ Hora de la clase: \_\_\_\_\_ Nombre de la clase: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

**Indicaciones:** cada evaluación debe ser considerada en el contexto que es más apropiado para la edad del niño al que están evaluando y debe reflejar el comportamiento. Por favor **indique el número de semanas o meses** que ha tenido que evaluar estos comportamientos. \_\_\_\_\_

¿Es esta evaluación basada en momentos que su niño?:

Estuvo tomando medicamentos

No estuvo tomando medicamentos

No está seguro

Síntomas		Nunca	Algunas veces	A menudo	Muy a menudo
1.	No pone atención a los detalles o comete errores sin cuidado con las tareas	0	1	2	3
2.	Tiene dificultad para poner atención a lo que necesita hacer	0	1	2	3
3.	No parece escuchar cuando le hablan directamente	0	1	2	3
4.	No sigue las indicaciones y no termina las tareas en clase (no porque las rechace o no entienda)	0	1	2	3
5.	Tiene dificultad organizando las tareas o actividades	0	1	2	3
6.	Evita, no le gusta o no quiere empezar las tareas que requieren un continuo esfuerzo mental	0	1	2	3
7.	Pierde cosas necesarias para las tareas o actividades (tareas escolares, lápices, o libros)	0	1	2	3
8.	Se distrae con facilidad por ruidos y otros estímulos	0	1	2	3
9.	Se olvida de actividades diarias	0	1	2	3
10.	Juega con las manos o los pies o no se queda quieto en su silla	0	1	2	3
11.	Se sale de su silla cuando se espera que se quede en su silla	0	1	2	3
12.	Corre por todos lados o se sube a todo cuando se espera que esté sentado	0	1	2	3
13.	Tiene dificultad para jugar o empezar a jugar juegos silenciosos	0	1	2	3
14.	Está "en movimiento" a menudo, o actúa "impulsado por un motor"	0	1	2	3
15.	Parece siempre estar hablando o no puede parar de hablar	0	1	2	3
16.	Suelta respuestas antes de terminar las preguntas	0	1	2	3
17.	Tiene dificultad para esperar su turno	0	1	2	3
18.	Interrumpe a otros (se mete en las conversaciones y actividades de otros)	0	1	2	3

Rendimiento	Excelente	Arriba del Promedio	Promedio	Algo Problemático	Problemático
Respuesta académica					
19. Leer	1	2	3	4	5
20. Matemáticas	1	2	3	4	5
21. Escribir	1	2	3	4	5
22. Tiene relaciones positivas con sus compañeros	1	2	3	4	5
23. Sigue indicaciones	1	2	3	4	5
24. No interrumpe la clase	1	2	3	4	5
25. Termina las asignaciones	1	2	3	4	5
26. Es organizado	1	2	3	4	5

## Efectos secundarios:

¿Su niño ha experimentado alguno de los siguientes efectos secundarios o problemas en la última semana?	¿Son estos efectos secundarios actualmente un problema?			
	Ninguno	Un poco	Moderado	Severo
1. Dolor de cabeza				
2. Dolor de estómago				
3. Cambio de apetito (si es así, explique abajo)				
4. Problemas para dormir				
5. Irritabilidad al final de la mañana, de la tarde, o de la noche (explique)				
6. Socialmente introvertido, disminución de la interacción con otras personas				
7. Tristeza extrema o llora fuera de lo usual				
8. Comportamiento apagado, cansado, desganado				
9. Temblores o se siente tembloroso				
10. Movimientos repetitivos: manías, es inquieto, espasmos, o parpadeo (explique)				
11. Pellizca la piel o los dedos, o se muerde las uñas, los labios, o dentro de las mejillas (explique)				
12. Ve o escucha cosas que no están ahí				

**Por favor proporcione información adicional acerca de los efectos secundarios que su niño ha experimentado en la última semana:**

Intermountain Healthcare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Se ofrecen servicios de interpretación gratuitos. Hable con un empleado para solicitarlo.

©2020 Intermountain Healthcare. Todos los derechos reservados. El contenido del presente folleto tiene solamente fines informativos. No sustituye los consejos profesionales de un médico; tampoco debe utilizarse para diagnosticar o tratar un problema médico o enfermedad. Si tiene cualquier duda o inquietud, no dude en consultar a su proveedor de atención médica. Puede obtener más información en [intermountainhealthcare.org](http://intermountainhealthcare.org). Patient and Provider Publications (Last reviewed 05/20) (Spanish translation 08/20 by CommGap).