Intermountain® Healthcare

ADHD: Plan de cuidado y de autocuidado

Fecha _____

En su cita de hoy, usted y su equipo de los cuidados de salud conversaron sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH, o ADHD, por sus siglas en inglés) de su niño e hicieron un plan sobre lo que harán después. Éstas son las notas de lo que hicieron y decidieron.

Metas

Las metas del tratamiento se hacen para mejorar la función diaria en las áreas que se identificaron como alteradas. Esto puede ser algo más que simplemente la supresión de los síntomas del ADHD.

Sus metas. Esta es la meta que *ha* fijado para el cuidado de ADHD de su niño:

_____

Control

- **Evaluación**

  El paquete de **MHI** terminado más recientemente: __/__/__

  Punto de base de la escuela terminada más recientemente: __/__/__

  Deterioro del punto de base actual (según se informa en el paquete de MHI más reciente): 1 2 3 4 5 6 7 (1-7 escala)

- **Plan en Equipo para el Control de ADHD más reciente:** __/__/__

- **Objetivo de medicación establecido con el proveedor:**

  ❑ Comience a tomar un medicamento. Vea al proveedor dentro de 30 días (una visita en persona). Fecha de la consulta: __/__/__

  ❑ Siga tomando el medicamento. Vaya por lo menos a 2 consultas de seguimiento con su proveedor dentro de los 9 meses siguientes después de comenzar el medicamento.

Recursos locales:

Encargado de atención: _____

Proveedor local _____

Número telefónico de la clínica: _____

Otros asesores o proveedores: _____

_____

_____

Autocuidado

- **Metas de autocuidado y opciones de métodos de observación:**
  Ver el Plan de Equipo de Gestión ADHD (también disponible en intermountainhealthcare.org/adhd)

- **Autocontrol.** Hablamos de cambios que usted y su niño pueden hacer para ayudar a controlar el ADHD de su niño y cumplir sus metas.

  ¿Qué tan **importantes** son esos cambios para usted? (1-10): _____

  ¿Qué tan **seguro** está de poder hacer esos cambios? (1-10): _____

  ¿Qué le ayudaría a alcanzar sus metas? _____

  _____

  _____

- **Herramientas de autocontrol:** Vea el Plan de Equipo de Gestión ADHD (también disponible en intermountainhealthcare.org/adhd)

- **Comportamientos saludables.** Marque las metas en las que usted y su niño desean trabajar más ahora.

  ❑ Obtenga una nutrición adecuada: _____
  ❑ Coma más frutas y verduras
  ❑ Ejercicio: _____
  ❑ Duerma _____ horas cada noche
  ❑ Beba por lo menos _____ vasos de agua al día
  ❑ Evite el tabaco y el alcohol

  Dificultades evaluadas y resueltas: _____

  _____

  _____

Orientación para el paciente

Anote la fecha en que recibió cada recurso:

- ❑ Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (folleto a color de 8 páginas): ___/___/___
- ❑ Hablando con el maestro de su niño sobre el ADHD (hoja de datos de 4 páginas): ___/___/___
- ❑ ADHD: Consejos para maestros (folleto de 4 páginas para maestros): ___/___/___

Recursos o referencias de educación para el paciente

- Especialista de referencia (fecha, nombre, teléfono) _____
- Comunidad u otras referencias _____ _____
- Grupo de apoyo: CHADD of Utah
- Clases para los padres. Fecha de la toma: ___/___/___

Recursos en línea

- *www.intermountainhealthcare.org/adhd* (incluye educación, folletos, herramientas y una lista de recursos locales y nacionales)
- *www.chadd.com* (Niños y adultos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad)
- *www.chaddofutah.com*
- *www.help4adhd.org* (Centro Nacional de Recursos para el ADHD)
- *www.parentsmedguide.org*
- *www.questforwhatsbest.info* (información enfocada en la escuela)

Consultas continuas

Use los espacios a continuación para indicar cambios desde su última consulta.

Metas de tratamiento que se revisaron y actualizaron: ___/___/___

Deterioro del punto de base actual ((según se informa en el paquete de MHI más reciente): 1 2 3 4 5 6 7 (escala 1-7)

Escala de mejoría: Desde su última consulta, ¿ha mostrado mejoría su niño en el funcionamiento en la escuela o en casa?

	Ninguno	Leve	Moderado	Significativo
En el hogar				
En la escuela				

Avance en el autocontrol: ¿En qué aspectos del autocontrol ha mejorado su niño desde su última consulta?

- ❑ Toma de medicamentos
- ❑ Orientación (terapia)
- ❑ Mejoras en la nutrición
- ❑ Ejercicio
- ❑ Espiritualidad
- ❑ Aficiones y actividades divertidas
- ❑ Apoyo de familiares y amigos
- ❑ Otros: _____

© 2013 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 de salud o enfermedad. Si tiene cualquier duda o inquietud, no dude en consultar a su proveedor de cuidados de la salud. Hay más información disponible en **intermountainhealthcare.org. Patient and Provider Publications 801-442-2963 FS336S - 04/13** (Spanish translation 04/13 by Lingotek, Inc.)