

D5s1 Seguimiento de la Evaluación NICHQ Vanderbilt. Cuestionario para PADRES
NICHQ Vanderbilt Assessment Follow-up—PARENT Informant

Fecha de hoy/Today's Date: _____

Nombre del niño(a)/Child's Name: _____

Fecha de nacimiento/Date of Birth: _____

Nombre del padre 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(a) desde la última vez que llenó el primer cuestionario.

Directions: Each rating should be considered in the context of what is appropriate for the age of your child. Please think about your child's behaviors since the last assessment scale was filled out when rating his/her behaviors.

Durante el período de evaluación 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 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 continuo 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. 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

American Academy
of Pediatrics



DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™



NICHQ

National Initiative for Children's Healthcare Quality



D5s2 Seguimiento de la Evaluación NICHQ Vanderbilt. Cuestionario para PADRES
NICHQ Vanderbilt Assessment Follow-up—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 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	
Comportamiento Performance	Excelente/ Excellent	Sobre lo normal/ Above Average	Normal/ Average	Cierta dificultad/ Somewhat of a Problem	Con dificultad/ Problematic
19. Comportamiento general en la escuela <i>Overall school performance</i>	1	2	3	4	5
20. Lectura <i>Reading</i>	1	2	3	4	5
21. Escritura <i>Writing</i>	1	2	3	4	5
22. Matemáticas <i>Mathematics</i>	1	2	3	4	5
23. Relación con sus padres <i>Relationship with parents</i>	1	2	3	4	5
24. Relación con sus hermanos <i>Relationship with siblings</i>	1	2	3	4	5
25. Relación con sus compañeros <i>Relationship with peers</i>	1	2	3	4	5
26. Participación en actividades organizadas (ejemplo: equipos deportivos) <i>Participation in organized activities (eg, teams)</i>	1	2	3	4	5



Fecha de hoy/Today's Date: _____

Nombre del niño(a)/Child's Name: _____

Fecha de nacimiento/Date of Birth: _____

Nombre del padre o de la madre/Parent's Name: _____

Teléfono/Parent's Phone Number: _____

Efectos colaterales: Durante la semana pasada, ¿ha padecido su hijo(a) alguno de los siguientes problemas de salud o posibles efectos colaterales del tratamiento? Side Effects: Has your child experienced any of the following side effects or problems in the past week?	¿Estos efectos colaterales son un problema actual? Are these side effects currently a problem?			
	No/ None	Leve/ Mild	Moderado/ Moderate	Severo/ Severe
Dolor de cabeza <i>Headache</i>				
Dolor de estómago <i>Stomachache</i>				
Alteración del apetito (explique abajo) <i>Change of appetite—explain below</i>				
Problemas para dormir <i>Trouble sleeping</i>				
Irritabilidad al mediodía, al anochecer o por las tardes (explique abajo) <i>Irritability in the late morning, late afternoon, or evening—explain below</i>				
Conducta antisocial (su interacción con los otros se ha reducido) <i>Socially withdrawn—decreased interaction with others</i>				
Tristeza profunda o llanto sin motivo aparente <i>Extreme sadness or unusual crying</i>				
Aburrido(a), cansado(a), apático(a) <i>Dull, tired, listless behavior</i>				
Escalofríos/siente que le tiembla el cuerpo <i>Tremors/feeling shaky</i>				
Movimientos involuntarios, tic nerviosos, pestañeos continuos (explique abajo) <i>Repetitive movements, tics, jerking, twitching, eye blinking—explain below</i>				
Se come las uñas, se rasca la piel o se muerde los labios (explique abajo) <i>Picking at skin or fingers, nail biting, lip or cheek chewing—explain below</i>				
Ve o escucha cosas imaginarias <i>Sees or hears things that aren't there</i>				

Explique/Comentarios:
Explain/Comments:

<p>For Office Use Only</p> <p>Total Symptom Score for questions 1–18: _____</p> <p>Average Performance Score for questions 19–26: _____</p>
--

Este cuadro clínico se basa en el Índice de efectos colaterales de Pittsburgh, desarrollado por William E. Pelham, Jr, PhD.
 En el sitio <http://wings.buffalo.edu/adhd> encontrará información disponible para descargarlo en formato expandido a su computadora sin ningún costo.



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



D4s2 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
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: _____

