



ADHD En revisa a con los Padres

ADHD Paren In erview

Nombre del estudian e: _____ Escuela: _____ Grado: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Realizado por: Padre _____ En revistador _____

1. ¿Qué edad enia su niño/a cuando empezaste a no ar cambios de conduc a/niveles de ac ividad en el o ella? _____

2. ¿Cuáles son sus preocupaciones en relación con su compor amien o? _____

3. ¿Tiene algún familiar cercano con historia de las mismas dificultades? No Si, Por favor explique _____

4. ¿Tiene algún hermano/a con las mismas dificultades de conduc a? No Si, Por favor explique _____

5. ¿Cómo definiría el nivel de ac ividad de su niño/a como infan e/pre-escolar?

- Muy ac ivo Ac ivo
 Promedio Poco ac ivo

6. ¿Existió alguna complicación duran e el embarazo o el par o? No Si, por favor explique _____

7. ¿Es uvo la madre bajo algún ipo de medicación duran e el embarazo? No Si, por favor explique _____

8. ¿Usó la madre duran e el embarazo, alguna de las siguen es sustancias?

- N* =nunca, *S* =algunas veces, *O* = a menudo
 Cerveza/Vino Licor
 Café/Bebidas con cafeína Cigarros

9. ¿Cuál es el desarrollo emprano de su niño/a?
 Algo avanzado Normal Despacio
(caminando, hablando, hiendo al baño, comiendo, e c.)

10. ¿Tiene su niño/a historia con problemas para poder dormir? No Si

11. Tu niño/a hace amigos:
 Fácil Con dificultad

12. ¿Ha enido su niño/a algún acciden e significa ivo duran e su crecimien o? No Si, por favor explique _____

13. ¿Ha enido su niño/a algún problema medico significa ivo duran e su crecimien o?
 No Si, por favor explique _____

14. ¿Ha sucedido algún even o par icularmen e estresan e recien emen e? (una muer e, divorcio, mudanza, perdida de empleo, e c.) No Si, por favor explique _____

15. ¿Existe alguna historia de abuso físico o sexual?
 No Si, por favor explique _____

16. ¿Hay alguna sospecha de alcohol o abuso de drogas por par e del niño/a? No Si, por favor explique _____

17. ¿No a en su niño/a dificultad recordando y siguiendo instrucciones en casa? No Si, por favor explique _____

Con inúa en la siguen e página ⇨

18. ¿Ha sido su niño/a alguna vez evaluado por la escuela o el doctor de la familia acerca de problemas de conducta? No Si, por favor explique _____

19. ¿Ha tenido su niño/a dificultades para aprender en la escuela? No Si, por favor explique _____

20. ¿Cómo ha tratado de manejar las dificultades con la conducta de su niño/a?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Reprimendas verbales | <input type="checkbox"/> Tiempo afuera | <input type="checkbox"/> Perdida de privilegios |
| <input type="checkbox"/> Recompensas | <input type="checkbox"/> Castigo físico | <input type="checkbox"/> Hacer lo que el niño/a pide |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | | |

21. ¿Qué le ha funcionado mejor? _____

22. ¿Qué tan a menudo su niño/a pro esta sus ordenes/instrucciones?

- Usualmente A menudo No muy a menudo Raramente

23. ¿Hay alguno de los siguientes comportamientos que describa a su niño/a más a menudo?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dificultad para manejarse sensado | <input type="checkbox"/> Fácilmente distraído/a | <input type="checkbox"/> Inquieto/a |
| <input type="checkbox"/> Inerupciones | <input type="checkbox"/> Pierde cosas | <input type="checkbox"/> Suelta preguntas y respuestas |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para manejar la atención | <input type="checkbox"/> Habla mucho | <input type="checkbox"/> Dificultad esperando su turno |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para seguir órdenes | <input type="checkbox"/> No escucha | <input type="checkbox"/> Cambio de una actividad a otra |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para jugar calmado/a | <input type="checkbox"/> Peleas con adultos | <input type="checkbox"/> Culpa a otros por sus errores |
| <input type="checkbox"/> Perdida del temperamento | <input type="checkbox"/> Enojado/a o resentido/a | <input type="checkbox"/> Deliberadamente molesta a otros |
| <input type="checkbox"/> Rehusarse | <input type="checkbox"/> Fácil de molestar | <input type="checkbox"/> Insultar usa lenguaje inapropiado |

24. ¿Algunos de los siguientes describe a su niño/a?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ladrón/na. | <input type="checkbox"/> Se escapa | <input type="checkbox"/> Menos irroso/a |
| <input type="checkbox"/> Falta a clase | <input type="checkbox"/> Juega con fuego | <input type="checkbox"/> Cruel con animales |
| <input type="checkbox"/> Destruye la propiedad de otros | <input type="checkbox"/> Inicia peleas físicas | |

25. ¿Algunos de los siguientes comportamientos describe a su niño/a a menudo?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Depresivo o irritable | <input type="checkbox"/> Poco interés por actividades | <input type="checkbox"/> Poco apeito |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir | <input type="checkbox"/> Leargo | <input type="checkbox"/> Fajiga o poca energía |
| <input type="checkbox"/> Sentimiento de culpa | <input type="checkbox"/> Dificultad de concentración | <input type="checkbox"/> Actendos o pensamientos suicidas |

26. ¿Algunos de los siguientes problemas están relacionados con familiares por la línea materna?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje | <input type="checkbox"/> Problemas de atención | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Problemas mental/Emocional | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Comportamiento agresivo |
| <input type="checkbox"/> Alcohol/abuso de sustancias | <input type="checkbox"/> Arrestos/problemas legales | <input type="checkbox"/> Abuso físico/sexual |

Si es si, por favor diga cual es el parentesco y explique _____

27. ¿Algunos de los siguientes problemas están relacionados con familiares por la línea paterna?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje | <input type="checkbox"/> Problemas de atención | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Problemas mental/emocional | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Comportamiento o agresivo |
| <input type="checkbox"/> Alcohol/abuso de sustancias | <input type="checkbox"/> Arrestos/problemas legales | <input type="checkbox"/> Abuso físico/sexual |

Si es sí, por favor diga cuál es el parentesco y explique _____
