ADHD EVALUATION PACKET

Para evaluar adecuadamente la atención y las dificultades escolares de su hijo, necesitamos obtener la siguiente información tanto de usted como de los maestros de su hijo. Envíe toda la información junta al menos ***2 SEMANAS ANTES*** de la cita inicial para permitir que el proveedor tenga tiempo de revisar e interpretar la información. Si no recibimos esta información, podemos pedirle que reprograme la cita, ya que no podemos hacer una evaluación adecuada sin que se devuelvan todos los formularios.

Incluido en este paquete recibirá lo siguiente:

- Para que los padres completen -
  - **HISTORIAL INICIAL DEL PACIENTE CON ADHD** – *este historial debe ser completado por un padre/tutor que conozca el historial del niño/familia.*
  - **ESCALA DE EVALUACIÓN VANDERBILT INFORMANTE PARA PADRES** – *Cada padre/tutor debe completar su propia encuesta (copie según sea necesario).*
- Entregue los siguientes formularios a los maestros de su hijo -
  - **AUTORIZACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD** – *Este formulario debe ser completado por un padre/tutor y entregado al maestro para permitir que la información se comparta entre la clínica y los maestros.*
  - **CUESTIONARIO PARA PROFESORES y ESCALA DE EVALUACIÓN DE VANDERBILT INFORMANTE PARA PROFESORES** – *Por favor entregue a cada uno de los maestros de su hijo para que los completen (haga copias de los formularios según sea necesario).*

Revisaremos esta información con usted y su hijo en su cita. Devuelva los formularios completos a:

Kids First Pediatrics of Raleigh
4109 Wake Forest Rd STE 300
Raleigh NC 27609
Phone : 919-250-3478
Fax: 919-250-6272

Kids First Pediatrics of Clayton
400 Athletic Club Blvd
Clayton NC 27527
Phone: 919-267-1499
Fax: 919-250-6272

Tenga en cuenta que es posible que se necesiten varias visitas y evaluaciones adicionales antes de poder realizar o descartar un diagnóstico de ADHD y comenzar el tratamiento.

¡Gracias!,
Kids First Pediatrics

PACIENTE INICIAL - HISTORIAL ESCOLAR (PARA QUE LOS PADRES LLENEN)

EL NOMBRE DEL NIÑO		**NOMBRE DE ESCUELA**	
FECHA DE NACIMIENTO		**NIVEL DE GRADO**	

FORMULARIOS COMPLETADOS POR	
RELACIÓN HACÍA EL NIÑO	
FECHA COMPLETADA	

1. Por favor resuma sus inquietudes:
   _____
   _____
   _____
   _____
2. ¿Cuándo comenzaron estos problemas?
   _____
   _____
   _____
   _____
3. Por favor indique cualquier evaluación anterior:
   _____
   _____
   _____
   _____
4. Por favor escriba cualquier inquietud que los maestros le hayan mencionado:
   _____
   _____
   _____
   _____
5. Describa los servicios actuales de su hijo en la escuela (es decir, tutores, clases de educación especial):
   _____
   _____
   _____

PACIENTE INICIAL - HISTORIA DOMICILIARIA

1. Por favor describa cualquier inquietud que pueda tener sobre su hijo en casa:

   _____
   _____
   _____
   _____

2. Describa el estado de ánimo general actual de su hijo:

   _____
   _____
   _____
   _____

3. Describa cualquier preocupación sobre la autoestima/confianza de su hijo:

   _____
   _____
   _____
   _____

4. Por favor describa los hábitos de tarea de su hijo:

   _____
   _____
   _____
   _____

5. Por favor describa las tareas/responsabilidades de su hijo:

   _____
   _____
   _____
   _____

6. Describa las habilidades auditivas de su hijo:

   _____
   _____
   _____
   _____

7. Describa la relación de su hijo con sus padres/hermanos:

   _____
   _____
   _____

PACIENTE INICIAL - HISTORIA DOMICILIARIA (CONT.)

8. Describa cualquier problema para hacer o mantener amigos:

_____
_____
_____
_____

9. Describa cualquier estrategia disciplinaria que pueda utilizar:

_____
_____
_____
_____

10. ¿Con quién vive el niño? Si los padres están divorciados/separados, ¿cuáles son las condiciones de custodia y vivienda?

_____
_____
_____
_____

11. Describa cualquier factor estresante familiar:

_____
_____
_____
_____

12. ¿Con qué frecuencia y durante cuánto tiempo mira su hijo televisión/vídeos/videojuegos?

_____
_____
_____
_____

13. ¿En qué actividades participa su hijo y con qué frecuencia (deportes, música, religión, pasatiempos)?

_____
_____
_____
_____

400 Athletic Club Blvd Unit 101
Clayton, NC 27527
Phone : (919) 267-1499
Fax : (919) 250-6272

4109 Wake Forest Rd. STE 300
Raleigh, NC 27609
Phone : (919) 250-3478
Fax : (919) 250-6272

AUTHORIZATION OF RELEASE OF HEALTH INFORMATION

(Autorización para el intercambio de información de salud)

Patient Name (Nombre del paciente): _____

Date of Birth (Fecha de nacimiento): ____/____/_____

Address (Direccion): _____

Telephone (Telefono): _____-_____-_____

1. I authorize the use or disclosure of the named individual's health information as described below
   (Yo autorizo el uso o intercambio de información del paciente listado)

2. The following individual(s) or organization(s) is authorized to make the disclosure
   (La authorization médica facilita a la Compañía el obtener archivos médicos de cualquier proveedor)

CHECK ONE : ◯ Send TO ◯ Request FROM

Provider Name (Nombre del Proveedor): _____

Telephone (Teléfono): _____-_____-_____ **Fax Number (Número de fax):** _____-_____-_____

Address (Direccion): _____

3. The type of information to be used or disclosed is as follows (check and /or include description):
   (La información que será solicitada)

   ☐ Immunization Record & Medical Summary ***/ Registro de Vacunas & Resumen Médico***
   ☐ Records only from ***/ Registros de*** ____/____/_____ (date***/fecha***) to ____/____/_____ (date***/fecha***)
   ☐ Records pertaining to (please describe) ***/Registros indicando solament (por favor de especificar)***_____

4. I understand that the information in my health record may include information relating to pregnancy, sexually transmitted disease, AIDS, AIDS-related syndrome or HIV testing. It may also include information about behavior or mental health services, alcohol, drug, psychiatric and psychological information.
   (Entiendo que la información en mi registro de salud puede incluir información relacionada con el embarazo, enfermedades de transmisión sexual, SIDA, síndrome relacionado con el SIDA o pruebas de VIH. También puede incluir información psiquiátrica y psicológica.)

5. Release records for use by or disclose to the provided:

Kids First Pediatrics of Raleigh
4109 Wake Forest Rd. STE 300 Raleigh, NC 27609
Telephone: *919.250.3478* ***Fax:*** *919.250.6272*

6. Disclosed information will be used for the following purposes:
   - ☐ My personal records ***(Mis registros personales)***
   - ☐ Transfer of care, due to dissatisfaction with the practice ***(Transferencia de cuidado,debido a la insatisfacción con la práctica)***
   - ☐ Transfer of care due to relocation ***(Transferencia de atencion debido a la reubicación)***
   - ☐ Other (please specify)***/Otro (por favor especificar)*** _____
     _____

7. I understand that once the above information is disclosed, it may be re-disclosed by the recipient and may no longer be protected by federal or state privacy regulations.
   (Entiendo que una vez que se divulgue la información anterior, el destinatario podrá volver a divulgarse y es posible que ya no esté protegida por las normas de privacidad federales o estatales.)

8. I understand that I have the right to revoke this authorization at any time, by presenting a written revocation to the Privacy Official. I understand that the revocation will not apply to information that has already been released in response to this authorization.
   (Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, presentando una revocación por escrito al Oficial de Privacidad. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se ha divulgado en respuesta a esta autorización.)

9. This authorization will expire on the following date or event _____. If I fail to specify an expiration date or event, this authorization will expire in ninety (90) days.
   (Esta autorización caducará en la siguiente fecha o evento _____. Si no especifico una fecha de vencimiento o evento, esa autorización caducará en noventa (90) dias.)

10. I understand that authorizing the disclosure of this health information is voluntary. I need not sign this form to assure healthcare or treatment.
    (Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntaria. No necesito firmar este formulario para asegurar atención médica o tratamiento.)

Signature/Firma _____ _____ ____/____ /_____

Patient or Legal Representative	Relationship to patient	Date
(Paciente o representante legal)	***(Relación con paciente)***	**(*Fecha)***

ADHD EVALUATION PACKET

Dear Teacher/Counselor,

We are currently evaluating one of your students for concerns regarding ADHD. In order to complete this evaluation, we are asking you to complete the following questionnaire and rating scale. Each teacher should complete a separate questionnaire and survey. Once completed, please return the form to the parent as soon as possible so it can be returned to us. Alternatively, please fax the form to our office at the fax number listed below.

In addition to the questionnaire and survey, it would be helpful to receive copies of any evaluations done at school. These may include achievement tests, educational assessments, IEP reports, 504 plans, or school psychological reports.

A signed Authorization for Release/Exchange of Confidential Information by the parent/guardian is also enclosed.

Thank you for your assistance and cooperation in the completion of these forms. Please call if you have any questions regarding the enclosed material.

STUDENT'S NAME	
PARENT'S NAME	

Sincerely,

Kids First Pediatrics
Phone (*Raleigh*): 919-250-3478
Phone (*Clayton*): 919-267-1499
Fax: 919-250-6272

TEACHER QUESTIONNAIRE

STUDENT'S NAME	
STUDENT'S GRADE LEVEL	
DATE COMPLETED	

SCHOOL NAME	
TEACHER'S NAME	
SUBJECT TAUGHT	

1. How long have you known this student?

   _____
   _____
   _____

2. How many students are in the class?

   _____
   _____
   _____

3. How often is this student absent?

   _____
   _____
   _____

4. Has this student repeated/skipped any grades?

   _____
   _____
   _____

5. Has this student had any or planned to have any IQ or educational assessments? *(if so, please attach copy of most recent report)*

   _____

6. Does this student have an IEP? *(if so, please attach copy of most recent report)*

   _____

TEACHER QUESTIONNAIRE - (CONT.)

7. Please describe any special help/services this student receives in and out of the classroom:

_____
_____
_____
_____
_____

8. Please describe this student's strengths and difficulties as you see them:

_____
_____
_____
_____
_____

9. Please list any specific questions and/or areas in which you would like to help this student:

_____
_____
_____
_____
_____

NICHQ Vanderbilt Assessment Scale: Teacher Informant

Child's Name: _____

Child's Date of Birth: _____

Teacher's Name: _____

Today's Date: _____

Class Time: _____

Class Name/Period: _____

Grade Level: _____

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: _____.

Symptoms	Never	Occasionally	Often	Very Often	
1. Fails to give attention to details or makes careless mistakes in schoolwork	○	○	○	○	
2. Has difficulty sustaining attention to tasks or activities	○	○	○	○	
3. Does not seem to listen when spoken to directly	○	○	○	○	
4. Does not follow through on instructions and fails to finish schoolwork (not due to oppositional behavior or failure to understand)	○	○	○	○	
5. Has difficulty organizing tasks and activities	○	○	○	○	
6. Avoids, dislikes, or is reluctant to engage in tasks that require sustained mental effort	○	○	○	○	
7. Loses things necessary for tasks or activities (school assignments, pencils, books)	○	○	○	○	
8. Is easily distracted by extraneous stimuli	○	○	○	○	
9. Is forgetful in daily activities	○	○	○	○	For Office Use Only _____/9
10. Fidgets with hands or feet or squirms in seat	○	○	○	○	
11. Leaves seat in classroom or in other situations in which remaining seated is expected	○	○	○	○	
12. Runs about or climbs excessively in situations in which remaining seated is expected	○	○	○	○	
13. Has difficulty playing or engaging in leisure activities quietly	○	○	○	○	
14. Is "on the go" or often acts as if "driven by a motor"	○	○	○	○	
15. Talks excessively	○	○	○	○	
16. Blurts out answers before questions have been completed	○	○	○	○	
17. Has difficulty waiting in line	○	○	○	○	
18. Interrupts or intrudes in on others (eg, butts into conversations/games)	○	○	○	○	For Office Use Only _____/9

Symptoms (continued)	Never	Occasionally	Often	Very Often	
19. Loses temper	○	○	○	○	
20. Activity defies or refuses to comply with adults' requests or rules	○	○	○	○	
21. Is angry or resentful	○	○	○	○	
22. Is spiteful and vindictive	○	○	○	○	
23. Bullies, threatens, or intimidates others	○	○	○	○	
24. Initiates physical fights	○	○	○	○	
25. Lies to obtain goods for favors or to avoid obligations (eg, "cons" others)	○	○	○	○	
26. Is physically cruel to people	○	○	○	○	
27. Has stolen items of nontrivial value	○	○	○	○	
28. Deliberately destroys others' property	○	○	○	○	For Office Use Only _____/10
29. Is fearful, anxious, or worried	○	○	○	○	
30. Is self-conscious or easily embarrassed	○	○	○	○	
31. Is afraid to try new things for fear of making mistakes	○	○	○	○	
32. Feels worthless or inferior	○	○	○	○	
33. Blames self for problems; feels guilty	○	○	○	○	
34. Feels lonely, unwanted, or unloved; complains that "no one loves him or her"	○	○	○	○	
35. Is sad, unhappy, or depressed	○	○	○	○	For Office Use Only _____/7

Academic Performance	Excellent	Above Average	Average	Somewhat of a Problem	Problematic	
36. Reading	○	○	○	○	○	
37. Mathematics	○	○	○	○	○	For Office Use Only 4s:_____/3
38. Written expression	○	○	○	○	○	For Office Use Only 5s:_____/3

Classroom Behavioral Performance	Excellent	Above Average	Average	Somewhat of a Problem	Problematic	
39. Relationship with peers	○	○	○	○	○	
40. Following directions	○	○	○	○	○	
41. Disrupting class	○	○	○	○	○	
42. Assignment completion	○	○	○	○	○	For Office Use Only 4s:_____/5
43. Organizational skills	○	○	○	○	○	For Office Use Only 5s:_____/5

Comments:

Please return this form to: Kids First Pediatrics

Mailing address: _____

Fax number: (919)250-6272 OR 1(866)224-0754

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 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 in questions 36–38: _____

Total number of questions scored 5 in questions 36–38: _____

Total number of questions scored 4 in questions 39–43: _____

Total number of questions scored 5 in questions 39–43: _____

To submit this form manually, save the form with your changes added, and email as an attachment to hello@kidsfirstraleigh.com

Adapted from the Vanderbilt Rating Scales developed by Mark L. Wolraich, MD.

American Academy of Pediatrics
DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™

QuIIN Quality Improvement Innovation Network
A program of the American Academy of Pediatrics

NICHQ National Initiative for Children's Healthcare Quality