

HISTORIA CLÍNICA

IDENTIFICACIÓN

NOMBRE:	FECHA NACIMIENTO:	FECHA ACTUAL:
EDAD:	GÉNERO: HOMBRE MUJER	Nº HERMANOS:
COLEGIO:	CURSO ACTUAL:	
TELÉFONO:	CORREO ELECTRÓNICO:	

CONSULTA POR:	Iniciativa propia	<input type="checkbox"/>
	Padres	<input type="checkbox"/>
	Colegio	<input type="checkbox"/>
	Pediatra	<input type="checkbox"/>
	Otro:	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>

SÍNTOMAS QUE MOTIVAN LA CONSULTA:	Inatención	<input type="checkbox"/>
	Impulsividad	<input type="checkbox"/>
	Hiperactividad	<input type="checkbox"/>
	Desorganización	<input type="checkbox"/>
	Problemas de humor o ansiedad	<input type="checkbox"/>
	Problemas de autoestima	<input type="checkbox"/>
	Problemas de conducta	<input type="checkbox"/>

Edad de comienzo de los síntomas:

Factores que empeoran los síntomas:

Factores protectores:

RECOPIACIÓN DATOS TDAH y TND DE LOS CUESTIONARIOS

IA_PADR	HI_PADR	TND_PADR	IA_PROF	HI_PROF	TND_PROF

EN LA ACTUALIDAD:

¿Ha recibido tratamiento para estos síntomas antes? SÍ NO

¿De qué tipo? Farmacológico Psicológico Educativo

¿Qué medicamento y en qué dosis? (en caso de tratamiento farmacológico):

Presentó algún problema con la medicación:

- ¿Ha repetido curso? NO En Primaria En Secundaria

- ¿Recibe algún tipo de apoyo o refuerzo educativo? En el colegio Fuera del colegio

- ¿Es hijo...? Natural Adoptado

ANTECEDENTES DE EMBARAZO Y PARTO

- Duración del embarazo:	<37 semanas <input type="checkbox"/>	37-40 semanas <input type="checkbox"/>	>40 semanas <input type="checkbox"/>
- Edad de la madre cuando nació:			
- Peso del niño al nacer:	<1.500 gr. <input type="checkbox"/>	1.500-2.500 gr. <input type="checkbox"/>	>2.500 gr. <input type="checkbox"/>
- Indique si ocurrió alguna de las siguientes circunstancias durante el embarazo o el parto:			
Hemorragia <input type="checkbox"/>	Tensión arterial elevada <input type="checkbox"/>	Incompatibilidad Rh <input type="checkbox"/>	Otras <input type="checkbox"/>
- Exposición durante el embarazo a :	alcohol	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	tabaco	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Otras drogas <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- ¿Parto inducido?	Instrumental <input type="checkbox"/>	Cesárea <input type="checkbox"/>	
- ¿Tuvo su hijo durante/después del parto? Anoxia	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
- Signos de síndrome alcohólico fetal:	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	

ESTADO DE SALUD Y TEMPERAMENTO EN LOS PRIMEROS 12 MESES

Durante los primeros 12 meses su hijo tenía o era:

- Dificultades para ser alimentado	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
- Dificultades para dormir	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
- Cólicos del lactante	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
- Dificultad para regular los horarios	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
- Cariñoso y sociable	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
- Difícil de consolar	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
- Muy activo, siempre en movimiento	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
- Muy tozudo	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

- Observaciones:

--

HISTORIA DEL DESARROLLO

	NO	SI	DETALLES (edad)
Problemas en el área motora gruesa (sedestación, gateo, deambulación liberada, deportes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas en el área motora fina (manipulación, atarse los cordones de los zapatos, escritura, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas en el área de lenguaje: (retraso en las primeras palabras, frases, oraciones, disfemia, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comportamiento extraño (mecerse, aletear, falta de contacto visual, juego extraño, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Retraso en el control de esfínteres (<i>orina y heces</i>):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Temperamento: difícil___ fácil___ tranquilo___ feliz___ cariñoso___ intenso___			
Se ha identificado un problema de aprendizaje:			

HISTORIA MÉDICA

¿En algún momento su hijo ha tenido lo siguiente?	NUNCA	PASADO	PRESENTE
- Asma o alergia			
- Diabetes			
- Problemas de tiroides			
- Retraso de crecimiento			
- Historia cardiovascular: Hipertensión			
Taquicardia			
Arritmia			
Desmayo o dolor en el pecho con el esfuerzo			
ECG patológico			
- Traumatismo craneal			
- Epilepsia o convulsiones			
- Torpeza motora			
- Tics			
- Dificultades de audición			
- Problemas de visión			
- Problemas de apetito			
- Problemas de control de las deposiciones			
- Enuresis			
- Intoxicación por plomo			
- Anemia			
- ¿Otros problemas de salud?, ¿cuál? _____			

- Observaciones:

FÁRMACOS QUE TOMA EN LA ACTUALIDAD (indique la dosis):.....

.....

.....

ANTECEDENTES FAMILIARES

- Conviven en el hogar... Padre Madre Hermanos Abuelos Otros

	NO	SI	Cite en qué miembro/s de la familia
TDAH probable			
TDAH confirmado			
Retraso mental			
Problemas de aprendizaje			
Trastornos del espectro autista			
Ansiedad			
Depresión			
Trastorno bipolar			
Trastorno de personalidad			
Psicosis			
Suicidio			
Trastornos del sueño			
Tics/Sind Tourette			
Epilepsia			
Problemas con alcohol o drogas			
Historia de muerte temprana por problemas cardiacos			
Arritmias			
Hipertensión			

SITUACIÓN ESTRESANTE PARA EL NIÑO EN EL ÚLTIMO AÑO

- Fallecimiento de algún familiar directo o amigo en el último año:	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
- Separación de los padres:	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
- Cambio de domicilio y/o colegio:	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
- Otros: _____	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

¿CÓMO ES EL SUEÑO DE SU HIJO?

	NO	SI
¿Tiene su hijo-a algún problema a la hora de irse a la cama?		
¿Tiene su hijo-a algún problema para quedarse dormido-a?		
¿Parece cansado-a o somnoliento durante el día?		
Cuando va a dormirse, ¿tiene movimientos rítmicos, se golpea o mece?		
¿Se despierta mucho durante la noche, teniendo problemas para volver a dormirse?		
¿Tiene sonambulismo, pesadillas, terrores nocturnos?		
¿Su hijo ronca mucho o tiene dificultades para respirar por las noches?		
¿Parece su hijo muy inquieto cuando duerme con movimientos de sacudida en dedos, pies o en todo el cuerpo?		

A qué hora se acuesta: _____

Cuanto tarda en dormirse: _____

A qué hora se despierta: _____

PARENTING

	MADRE		PADRE	
	SÍ	NO	SÍ	NO
Felicito a mi hijo-a cada vez que hace algo bien				
Mantengo un contacto frecuente con su centro escolar asistiendo a tutorías y respaldo las pautas educativas del centro				
Potenciamos que haga ejercicio y lo logramos				
En casa se fomenta que cada uno exprese sus opiniones y participe en la toma de decisiones				
Doy ordenes y normas efectivas				
Potencio que mi hijo-a se relacione con otros niños				
Tenemos ocio compartido: hacemos excursiones, vamos al cine, a montar en bici, a pasear, jugamos, hablamos, etc.				
Ayudo a mi hijo-a a establecer una rutina diaria de orden, higiene, etc.				
Superviso los programas de TV, los videojuegos, las páginas web, chats, etc.				
Potenciamos una nutrición equilibrada				
Ayudo a mi hijo-a a establecer una rutina diaria de estudio				
Hacemos excursiones, vamos al cine, zoo, museos, parques				
Superviso lo que hace el niño-a fuera del hogar, sus salidas, amigos, consumo de bebidas, tabaco, etc.				
Utilizo el castigo como primera medida para corregir la conducta del niño-a				

FACTOR DE RIESGO IDENTIFICADO

	NO	SI	DETALLES Y ACTITUDES PARA EL CAMBIO
Excesivo tiempo en TV, ordenador, videojuegos			
Repetidas lesiones o accidentes			
Deportes de riesgo (motocicleta, monopatín de competición, acrobacias, snowboard, carreras, etc.)			
Consumo de bebidas energéticas, cafeína			
Nicotina			
Alcohol			
Drogas (cannabis, cocaína, abuso de drogas prescritas, etc.)			
Problemas familiares (inconsistencia, falta de disciplina, falta de normas, sobreprotección, problemas de relación de pareja, problemas de relación entre hermanos.....)			

FUNCIONAMIENTO SOCIAL:

Habilidades o fortalezas del paciente:

Hobbies, actividades:

Amigos:

Habilidades sociales:

Humor:

Manejo de la ira (agresión, intimidación, etc.):

Inteligencia emocional:

Identidad sexual:

FUNCIONAMIENTO ESCOLAR:

	PROBLEMÁTICO	ALGO PROBLEM.	EN LA MEDIA	ENCIMA DE LA MEDIA	EXCELENTE
FUNCIONAMIENTO ESCOLAR GLOBAL					
Lectura					
Escritura					
Matemáticas					
Relación con padres					
Relación con hermanos					
Relación con iguales					
Participación en actividades organizadas					

¿CREE QUE SU HIJO PRESENTA DIFICULTADES EN LAS SIGUIENTES FUNCIONES?	SI	NO
Habilidad para planificar		
Dirigir y mantener la atención		
Retener información en la memoria mientras hace otra cosa		
Pararse y pensar antes de actuar		
Aprender de los errores		
Controlar adecuadamente el tiempo		
Realizar algo que no tiene una recompensa inmediata y persistir en el esfuerzo		
Regular sus emociones y sentimientos (rabia, frustración, irritabilidad, etc.)		

EXPLORACIÓN FÍSICA

TALLA	PESO	TENSIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDÍACA

EXAMEN FÍSICO	HECHO		NORMAL		DETALLES
	SÍ	NO	SÍ	NO	
<i>Síndrome genético o características dismórficas</i>					
<i>Audición</i>					
<i>Visión</i>					
<i>Tiroides</i>					
<i>Piel: Neurofibromatosis</i>					
<i>Exploración respiratoria</i>					
<i>Exploración cardiovascular</i>					
<i>Signos de maltrato: fracturas, quemaduras, lesiones inexplicables</i>					
<i>Expl neurológica, Torpeza motora o problema de coordinación</i>					

Observaciones:

Algunos niños con TDAH, además, pueden tener síntomas de otros trastornos, conteste por favor las siguientes preguntas:

COMPORTAMIENTO ACTUAL TDAH:

	NUNCA	ALGUNAS VECES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE
No presta atención suficiente a los detalles, comete errores por descuido en las tareas escolares.				
Tiene dificultades para mantener la atención en tareas o juegos.				
Parece no prestar atención cuando se le habla directamente.				
No sigue instrucciones o no finaliza tareas, encargos u obligaciones (pero no por rebeldía a hacerlo o por incapacidad para comprender las instrucciones).				
Tiene dificultades para organizarse en tareas o actividades.				
Evita, le disgusta o es reacio-a a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.				
Pierde objetos necesarios para tareas o actividades (juguetes, ejercicios escolares, lápices, ropa, libros...).				
Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.				
Es descuidado-a en las actividades diarias.				
Mueve en exceso manos y pies o se remueve en el asiento.				
Abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado-a.				
Corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo. En adolescentes puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud.				
Tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.				
"Está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor.				
Habla en exceso.				
Se precipita y responde antes incluso de haber sido completadas las preguntas.				
Tiene dificultades para guardar turno.				
Interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (conversaciones, juegos, ...).				

TND:

	NUNCA	ALGUNAS VECES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE
Se encoleriza o incurre en pataletas.				
Discute con los adultos.				
Desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas				
Molesta deliberadamente a otras personas.				
Acusa a otros de sus errores o mal comportamiento.				
Es susceptible o fácilmente molestado-a por otros.				
Es colérico-a y resentido-a.				
Es rencoroso-a y vengativo-a.				

TD:

¿Le han observado deprimido o se ha quejado de estar triste, vacío-a, la mayor parte del día, durante la mayoría de los días?: NO Sí. ¿Desde hace cuánto tiempo?:.....

	NUNCA	ALGUNAS VECES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE
Duerme mucho más de lo habitual.				
Tiene más dificultades de lo habitual para dormir.				
Falta de energía, cansado-a sin razón aparente.				
Baja autoestima.				
Dificultad para concentrarse, pensar, tomar decisiones				
Sentimientos de desesperanza.				
Disminución del interés o de la capacidad de disfrute (placer) en casi todas las actividades la mayor parte del día y cada día.				
En el último mes ha perdido/ganado peso de forma inusual o se ha observado aumento/pérdida brusca de apetito sin estar sometido-a a dieta.				
Enlentecimiento motor.				
Agitación motora. Irritabilidad.				
Sentimientos de inutilidad o culpa, excesivos, inapropiados y recurrentes.				
Pensamientos recurrentes de muerte, ideación, plan o intento de suicidio.				

TA:

	NUNCA	ALGUNAS VECES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE
Tiene miedo excesivo de objetos o situaciones (<i>animales, ascensores, aviones, altura, recintos cerrados, tormentas, insectos, etc.</i>).				
Evita contacto con extraños, es muy tímido-a.				
Se muestra excesivamente avergonzado-a ante sus compañeros.				
Cuando está en una situación social difícil, llora, se paraliza o deja de conversar.				
No puede dejar de pensar en cosas angustiantes, es excesivamente perfeccionista.				
Se siente obligado-a a realizar repetidamente hábitos inusuales (<i>lavarse continuamente las manos, revisar cerraduras,...</i>)				

¿Ha tenido alguna experiencia traumática en el pasado que le sigue afectando? NO Sí

Cítela:

¿Ha presentado temor o malestar intensos y bruscos acompañados de opresión torácica, sensación de ahogo o falta de aire, palpitaciones, sudoración, escalofrío o sofocos, atragantamiento, náuseas, molestias abdominales, temblores o sacudidas, hormigueos, inestabilidad, mareo o desmayo, sensación de irrealidad o de estar separado de uno mismo, temor a morir, temor a perder el control o volverse loco-a? NO Sí

¿Ha presentado durante más de 6 meses ansiedad y preocupación excesivas, intensas y de difícil control, acompañadas de temblor, tensión muscular, boca seca, palpitaciones, sobresalto, insomnio, que le produce un deterioro importante social y/o académico? NO Sí

Dis:	NUNCA	ALGUNAS VECES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE
Fanfarronea, amenaza o intimida a otros.				
Inicia peleas físicas.				
Ha utilizado un arma u objeto que puede causar daño físico grave a otras personas.				
Ha manifestado crueldad física con personas.				
Ha manifestado crueldad física con animales.				
Ha robado enfrentándose a la víctima.				
Ha forzado a alguien a una actividad sexual.				
Ha provocado deliberadamente incendios.				
Ha destruido deliberadamente propiedades de otros.				
Ha violentado el hogar, el automóvil de otra persona.				
Miente para obtener bienes o favores o evitar obligaciones.				
Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento.				
Desde antes de los 13 años permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas.				
Se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, o una vez sin regresar durante un largo periodo de tiempo.				
Antes de los 13 años hace novillos en el centro escolar				

TA:	SÍ
ALTERACIÓN CUALITATIVA DE LA INTERACCIÓN SOCIAL:	
No mantiene contacto ocular	
Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros	
No comparte juegos	
ALTERACIÓN CUALITATIVA DE LA COMUNICACIÓN:	
Retraso o ausencia de desarrollo de lenguaje oral	
Alteración de la capacidad para iniciar o mantener una conversación	
Utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje	
Ausencia de juego realista espontáneo	
PATRONES DE COMPORTAMIENTO RESTRINGIDOS, REPETITIVOS Y ESTEREOTIPADOS:	
Adhesión inflexible a rutinas específicas	
Preocupación persistente o fascinación por partes de objetos (<i>Ej.: rueda de un coche</i>)	
Movimientos estereotipados	

TM: ¿Ha presentado durante >1 semana un estado de ánimo anormalmente elevado, irritable, acompañado de alguno de estos síntomas?:

	NUNCA	ALGUNAS VECES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE
Autoestima exagerada o grandiosidad.				
Disminución de la necesidad de dormir.				
Lenguaje verborreico (más hablador de lo habitual).				
Se distrae fácilmente con estímulos irrelevantes.				
Siente que su pensamiento está acelerado, cambio brusco de un tema a otro (fuga de ideas).				
Hiperactividad intencionada en el trabajo, estudios o sexualmente.				
Euforia que puede seguirse de irritabilidad.				
Comportamientos impulsivos y caprichosos (<i>compras, viajes, comportamiento sexual inapropiado</i>).				

JUICIO CLINICO: _____

TRATAMIENTO: _____

ACTITUD HACIA LA MEDICACIÓN: Acepta _____ Rechaza _____

Manifiesta algún problema: _____

