

VALORACIÓN DE ADHD/ADD

Nombre del paciente: _____ Valorado por madre/padre/profesor/a

Siempre haga su valoración basada en sus propias observaciones personales.

La valoración de los diferentes asesores no necesitan ser idénticas.

No base su valoración en eventos individuales sino tome el promedio de las últimas dos semanas.

Escala de valoración : 0 nada, 1 = un poco, 2 = bastante fuerte, 3 = muy fuerte

| | ANTES DEL TRATAMIENTO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---------------------------------|-----------------------|---|---|---|---|---|---|
| EXCITABLE E IMPULSIVO | | | | | | | |
| LLORA FACILMENTE Y A MENUDO | | | | | | | |
| INQUIETO, NERVIOSO | | | | | | | |
| INQUIETO, SIEMPRE EN MOVIMIENTO | | | | | | | |
| DESTRUCTIVO | | | | | | | |
| FALTA DE RESISTENCIA | | | | | | | |
| CONCENTRACIÓN POBRE | | | | | | | |
| CAMBIOS RÁPIDOS DE HUMOR | | | | | | | |
| SE FRUSTRA FACILMENTE | | | | | | | |
| PERTURBA, MOLESTA A OTROS NIÑOS | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | |
| FECHA | | | | | | | |
| MEDICINA | NINGUNO | | | | | | |