

TRANSTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD

FECHA _____	H.C. No. _____
NOMBRE _____	
FECHA DE NACIMIENTO _____	EDAD _____
COLEGIO _____	
GRADO _____	No. alumnos _____
FICHA LLENADA POR _____	
RELACIÓN CON EL PACIENTE _____	
¿RECIBE TRATAMIENTO? _____	¿CUÁL? _____

SINTOMAS / SIGNOS	SI	NO	+ / -
Fracasa cuando tiene que prestar atención a detalles o comete errores por descuido			
Se equivoca en tareas o juegos por falta de concentración			
Parece no escuchar cuando se le habla			
Tiene dificultad para seguir instrucciones o terminar sus labores escolares			
Tiene dificultad para organizar sus tareas y sus actividades			
Evita o rechaza tareas que le demandan esfuerzo mental sostenido			
Pierde cosas útiles necesarias para sus tareas			
Se distrae fácilmente			
Olvida sus actividades diarias			
Golpea con las manos o los pies o no esta quieto en su sitio.			
Se levanta de su sitio en clase			
Es excesivamente corredor o trepador			
Tiene dificultad para permanecer quieto durante sus juegos o en sus ratos de ocio			
A menudo esta listo para partir o actúa sobre la marcha			
Habla excesivamente			
Interrumpe o contesta una pregunta antes de que haya sido completada			
Tiene dificultad para esperar su turno			
Interrumpe o se entromete en juegos o conversaciones de otros			