

T2s Ejemplo 1: Plan para el tratamiento del Déficit de Atención con Hiperactividad

Fecha: _____

En caso de duda acerca del tratamiento de _____, suplicamos a sus familiares consultar este plan antes de acudir a su siguiente cita médica. Si la duda persiste, con gusto lo atenderemos en el teléfono _____

Paciente _____ Médico _____ Biper _____

Padre y/o tutor _____ Parentesco _____

Teléfonos _____

Escuela _____ Teléfono _____ Fax _____

Nombre maestro(a) contacto _____ Grado y grupo _____ Correo electrónico del maestro(a) _____

Metas ¿Cuáles son los avances que más le gustaria observar en su hijo(a)? Especifique los comportamientos que le gustaria especialmente mejorar:

En casa _____

En la escuela _____

Acciones propuestas para lograr estas metas:

1. _____

2. _____

3. _____

Medicamentos

1. _____ Hora _____ am/pm Hora _____ am/pm Hora _____ am/pm
Dosis 1 _____ mg Dosis 2 _____ mg Dosis 3 _____ mg

2. _____ Hora _____ am/pm Hora _____ am/pm Hora _____ am/pm
Dosis 1 _____ mg Dosis 2 _____ mg Dosis 3 _____ mg

Medicamento para darse en días sin escuela Medicamento prescrito para _____ (número de) días

Padres y médico firmaron el permiso escolar requerido Receta duplicada para la escuela

Efectos colaterales explicados/información ofrecida

Efectos secundarios más comunes: disminución del apetito, problemas de sueño, malestar estomacal pasajero, dolores de cabeza, recaídas en la conducta. **En caso de algún efecto secundario poco común, contacte a su médico urgentemente:** pérdida de peso o interrupción del crecimiento; aumento del ritmo cardíaco y/o de la presión arterial; mareos, alucinaciones, manías, empeoramiento de los tic nerviosos y síndrome de Tourette (raro).

Evaluaciones Adicionales

Examen escolar programado

fecha _____

Cuestionarios Vanderbilt (padres y maestro)

completados _____

Medidas adicionales y estrategias para el tratamiento

Cuestionario Vanderbilt de seguimiento para padres

completado _____

Cuestionario Vanderbilt de seguimiento para maestros dado a los padres

Enviado por fax a la escuela completado _____

Referido a especialista en modificación de conducta _____

Se dio lista de recomendaciones a los padres

Se dio el teléfono de CHADD (800/233-4050)

Se recomendó apoyo de grupos comunitarios _____

Próxima consulta de evaluación y seguimiento _____

La información contenida en esta publicación no debe usarse a manera de sustitución del cuidado médico y consejo de su pediatra. Este podría recomendar variaciones en el tratamiento, según hechos y circunstancias individuales.

Derechos de Autor © 2005 Academia Americana de Pediatría, Universidad de North Carolina en Chapel Hill para su Centro de Mejoramiento del Cuidado de Salud Infantil de North Carolina y la Iniciativa Nacional en Favor de la Calidad del Cuidado de Salud Infantil.

American Academy
of Pediatrics



DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™



NICHQ

National Initiative for Children's Healthcare Quality

