



Tanya Fitts, M.D.
BOARD CERTIFIED IN PEDIATRICS
Donica Long, FNP-C

Estimado(s) Padre(s):

Se adjunta el paquete de TDAH que solicitó para su hijo. En el paquete se incluyen cuestionarios para usted, así como para que los maestros de su hijo los completen. Si su hijo tiene la edad de la escuela media o es mayor, es necesario haber completado cuestionarios de al menos dos maestros para facilitar el diagnóstico adecuado de su hijo. Con el fin de puntuar y evaluar adecuadamente la información, necesitaremos los cuestionarios y cualquier evaluación escolar devuelta antes de que se haga una cita. Debido a las regulaciones, la evaluación inicial del TDAH y todas las visitas de seguimiento deben programarse solo con el pediatra. Si su hijo actualmente ve al profesional de enfermería, puede continuar haciéndolo por visitas bien-infantiles y enfermos.

Tenga en cuenta que hay cargos adicionales involucrados en la puntuación y evaluación de estos cuestionarios. Estos cargos se añadirán al cargo por visita a la oficina en la fecha de la visita. Algunos planes de seguro no cubren estos cargos o pueden aplicarlos a su deducible. En esos casos, los cargos serán responsabilidad de su bolsillo. No dude en ponerse en contacto con nuestra oficina de facturación si tiene preguntas sobre lo que cubre su plan de seguro.

Gracias por su cooperación en completar y devolver el paquete a nuestra oficina. Una vez que hayamos recibido los cuestionarios, nos comunicaremos con usted para hacer la cita para la evaluación del TDAH. Mientras tanto, no dude en llamar al (662)236-3939 si tiene más preguntas.

Sinceramente,

Lafayette Pediatric Clinic



Cuestionario Inicial del TDAH para Padres

Nombre del Niño: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Fecha de Hoy: _____

Nombre de la Persona Llenando esta Forma: _____ Relacion: _____

En sus propias palabras, cual es la razon de llenar esta evaluacion? _____

¿Cuándo notó por primera vez estos problemas? _____

¿Preocupaciones o retrasos durante los primeros años con el desarrollo, el comportamiento o el procesamiento sensorial? Si es así, cualquier terapia (como fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del lenguaje)?: _____

Enumere cualquier evaluación previa de la escuela, el desarrollo o la salud mental del niño--cuándo, dónde, resultados:

Enumere cualquier servicios proporcionados por el personal de la escuela, los tutores u otros profesionales (terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, terapeuta del lenguaje) que actualmente están involucrados con su hijo y cualquier plan educativo implementado (p. ej. IEP, 504): _____

¿Su hijo recibe actualmente asesoramiento o terapia con un psicólogo, psiquiatra, trabajador social u otro profesional?

¿Su hijo esta tomando o ha tomado alguna vez algún medicamento para un problema de salud emocional, conductual o mental? Si es así, ¿qué y cuándo? Incluya medicamentos herbales y medicamentos sin receta. _____

Historial Médico

De fechas aproximadas y una breve explicación de cualquiera de los siguientes:

Problemas durante el embarazo, el parto o la infancia temprana: _____

Hospitalizaciones, enfermedades graves, cirugías, lesiones graves: _____

Enfermedad del corazón o problema cardíaco previamente detectado, palpitaciones, desmayos o convulsiones:

Conmoción cerebral, fractura de cráneo o lesión grave en la cabeza: _____

Historial del Sueño

Hora de acostarse: _____ Hora en que se duerme: _____ Dificultad para conciliar el sueño? _____

Donde duerme el niño?: _____

Hora en que se despierta/ se levanta de la cama: _____ ¿Difícil de despertar? _____

Describe las dificultades que tu hijo tiene para dormir: _____

Habilidades Escolares y Sociales

¿Cuáles son las mejores materias de su hijo en la escuela? _____

¿Su hijo necesita ayuda adicional con la tarea? _____ Problemas de conducta en la clase (describe): _____

¿Qué tan bien se lleva su hijo con sus hermanos y hermanas? _____

¿Qué tal con otros niños de la misma edad? _____

¿Con qué facilidad hace amigos su hijo? _____

¿Describiría a su hijo como tímido? ¿ansioso? _____

¿Tiene su hijo problemas de conducta durante el almuerzo/ recreo (describe)?: _____

Temperamento y Problemas Sensoriales

¿Tiene su hijo áreas de interés extremo (p. ej. dinosaurios, equipos deportivos, armas)? _____

¿Este interés es positivo y productivo? _____ ¿O demasiado enfocado/ excesivo? _____

¿Cómo reacciona su hijo a las burlas o si las cosas no salen como él quiere? _____

¿Su hijo tiene problemas/ crisis con cuestiones relativamente insignificantes? _____

Cuando era bebé, ¿cuál era el temperamento o la personalidad normal de su hijo? _____

Fácil: no lloró mucho, durmió y comió según lo programado, cariñoso, fácil de calmar

En medio: generalmente en algún lugar entre fácil y difícil

Sensible: se molesta fácilmente, mejor con un horario fijo, pero cariñoso, fácil de calmar

Difícil - difícil de satisfacer, delicado, no comía/ dormía a tiempo, cólicos

¿La personalidad de su hijo se mantuvo así en sus años preescolar y más allá?

Sí

No

Familia

Teniendo una imagen completa de la vida de su familia nos permite determinar la mejor manera de ayudar a su hijo.

Quién vive en casa: _____

Grado escolar más alto de la madre completado/ ocupación: _____

Grado escolar más alto del padre completado/ ocupación: _____

Si están divorciados / separados, describa los arreglos de custodia: _____

Describa cualquiera de los siguientes problemas que este enfrentando su familia: salud, matrimonio, trabajo, parientes, amigos, personal/ emocional: _____

Eventos Familiares Estresantes:

Marque cualquiera de los siguientes eventos que puedan haber ocurrido en los últimos 12 meses:

Familia se mudó	Padres divorciados o separados	Disponibilidad de comida	El niño vio abuso u otra situación sexual
Tensión en el hogar	Accidente automovilístico	El niño cambió de escuela/ guardería	Preocupación por la vivienda
Problemas legales o financieros	Pérdida de un amigo cercano	Incendio de la casa, desastre natural	Otro:
Muerte de una mascota; nueva mascota	Alguien nuevo en el hogar	Un miembro de la familia fue víctima de un delito	Otro:
Miembro de la familia enfermo o herido	Ausencia de un padre por una semana o más	Padre cambió/ perdió el trabajo	Otro:

Eventos Infantiles Estresantes

¿Su hijo ha sido víctima de:

Abuso físico	Abuso sexual	Experiencia potencialmente mortal (incendio, accidente, etc.)
Abuso emocional o verbal	Bullying/ intimidación	Separación de los padres por una semana o más
Crimen	Acoso en la escuela	Otro:
Violencia presenciada en el hogar	Crimen presenciado en la comunidad	No estoy seguro

Historia Familiar

Indique cualquier familiar del niño con alguno de los siguientes problemas:

Lista de Problemas	Hermanos	Madre Natural	Padre Natural	Parientes de la Madre	Parientes del Padre
Problemas médicos graves o crónicos: cardio, cáncer, sordera, problemas cardíacos, convulsiones, diabetes, etc.					
Trastorno obsesivo-compulsivo o hábitos delicados, exigente, rígido					
Tics u otros hábitos nerviosos, síndrome de Tourette					
Depresión durante más de 2 semanas, medicamentos para el desorden de ánimo					
Suicidio o intento de suicidio					
Psicosis o esquizofrenia, hospitalizado por problemas mentales o emocionales					
Abuso de alcohol o drogas					
Problemas legales, arrestos, tiempo en la cárcel/prisión, libertad condicional en la corte, etc					
Apuestas, compras u otras compulsiones					

Fecha de hoy/Today's Date: _____

Nombre del niño(a)/Child's Name: _____

Fecha de nacimiento/Date of Birth: _____

Nombre del padre o de la madre/Parent's Name: _____

Teléfono/Parent's Phone Number: _____

Instrucciones: Conteste basándose en lo que considera apropiado para un niño de esa edad. Al completar este cuestionario, piense por favor en la conducta de su niño(a) desde la última vez que llenó el primer cuestionario.

Directions: Each rating should be considered in the context of what is appropriate for the age of your child. Please think about your child's behaviors since the last assessment scale was filled out when rating his/her behaviors.

Durante el período de evaluación su hijo(a)

Is this evaluation based on a time when the child

tomaba medicamentos
was on medication

no tomaba medicamentos
was not on medication

no lo recuerda
not sure?

Síntomas/ Symptoms	Nunca/ Never	A veces/ Occasionally	Seguido/ Often	Muy seguido/ Very Often
1. No pone atención a los detalles o comete errores por descuido como por ejemplo, cuando hace la tarea <i>Does not pay attention to details or makes careless mistakes with, for example, homework</i>	0	1	2	3
2. Se le dificulta mantenerse atento al llevar a cabo sus actividades <i>Has difficulty keeping attention to what needs to be done</i>	0	1	2	3
3. Parece no estar escuchando cuando se le habla directamente <i>Does not seem to listen when spoken to directly</i>	0	1	2	3
4. No sigue las instrucciones hasta el final y no concluye sus actividades (no porque se rehúse a seguirlas o porque no las comprenda) <i>Does not follow through when given directions and fails to finish activities (not due to refusal or failure to understand)</i>	0	1	2	3
5. Tiene dificultad al organizar sus tareas y actividades <i>Has difficulty organizing tasks and activities</i>	0	1	2	3
6. Evita, le disgusta o no quiere comenzar actividades que requieren un continuo esfuerzo mental <i>Avoids, dislikes, or does not want to start tasks that require ongoing mental effort</i>	0	1	2	3
7. Pierde cosas que son indispensables para cumplir con sus tareas o actividades (juguetes, tareas de la escuela, lápices o libros) <i>Loses things necessary for tasks or activities (toys, assignments, pencils, or books)</i>	0	1	2	3
8. Se distrae fácilmente con ruidos u otros estímulos externos <i>Is easily distracted by noises or other stimuli</i>	0	1	2	3
9. Es olvidadizo(a) en sus actividades cotidianas <i>Is forgetful in daily activities</i>	0	1	2	3
10. Mueve constantemente las manos o los pies, o no se está quieto(a) en su asiento <i>Fidgets with hands or feet or squirms in seat</i>	0	1	2	3
11. Se pone de pie cuando debiera permanecer sentado(a) <i>Leaves seat when remaining seated is expected</i>	0	1	2	3

La información contenida en esta publicación no debe usarse a manera de sustitución del cuidado médico y consejo de su pediatra. Éste 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.

Adaptación de las Escalas de Clasificación Vanderbilt, diseñadas por Mark L. Wolraich, MD.
Revisión - 0303



D5s2 Seguimiento de la Evaluación NICHQ Vanderbilt. Cuestionario para PADRES
NICHQ Vanderbilt Assessment Follow-up—PARENT Informant, continued

Fecha de hoy/Today's Date: _____

Nombre del niño(a)/Child's Name: _____

Fecha de nacimiento/Date of Birth: _____

Nombre del padre o de la madre/Parent's Name: _____

Teléfono/Parent's Phone Number: _____

Síntomas (continuación)/ Symptoms (continued)	Nunca/ Never	A veces/ Occasionally	Seguido/ Often	Muy seguido/ Very Often	
12. Corre o camina por todos lados cuando debiera permanecer sentado <i>Runs about or climbs too much when remaining seated is expected</i>	0	1	2	3	
13. Se le dificulta jugar o empezar actividades recreativas más tranquilas <i>Has difficulty playing or beginning quiet play activities</i>	0	1	2	3	
14. Está en constante movimiento o actúa como si "tuviera un motor por dentro" <i>Is "on the go" or often acts as if "driven by a motor"</i>	0	1	2	3	
15. Habla demasiado <i>Talks too much</i>	0	1	2	3	
16. Responde precipitadamente, incluso antes de escuchar la pregunta completa <i>Blurts out answers before questions have been completed</i>	0	1	2	3	
17. Tiene dificultad al esperar su turno <i>Has difficulty waiting his or her turn</i>	0	1	2	3	
18. Interrumpe o se entromete en conversaciones o actividades ajenas <i>Interrupts or intrudes in on others' conversations and/or activities</i>	0	1	2	3	
Comportamiento Performance	Excelente/ Excellent	Sobre lo normal/ Above Average	Normal/ Average	Cierta dificultad/ Somewhat of a Problem	Con dificultad/ Problematic
19. Comportamiento general en la escuela <i>Overall school performance</i>	1	2	3	4	5
20. Lectura <i>Reading</i>	1	2	3	4	5
21. Escritura <i>Writing</i>	1	2	3	4	5
22. Matemáticas <i>Mathematics</i>	1	2	3	4	5
23. Relación con sus padres <i>Relationship with parents</i>	1	2	3	4	5
24. Relación con sus hermanos <i>Relationship with siblings</i>	1	2	3	4	5
25. Relación con sus compañeros <i>Relationship with peers</i>	1	2	3	4	5
26. Participación en actividades organizadas (ejemplo: equipos deportivos) <i>Participation in organized activities (eg, teams)</i>	1	2	3	4	5



Fecha de hoy/Today's Date: _____

Nombre del niño(a)/Child's Name: _____

Fecha de nacimiento/Date of Birth: _____

Nombre del padre o de la madre/Parent's Name: _____

Teléfono/Parent's Phone Number: _____

Efectos colaterales: Durante la semana pasada, ¿ha padecido su hijo(a) alguno de los siguientes problemas de salud o posibles efectos colaterales del tratamiento? Side Effects: Has your child experienced any of the following side effects or problems in the past week?	¿Estos efectos colaterales son un problema actual? Are these side effects currently a problem?			
	No/ None	Leve/ Mild	Moderado/ Moderate	Severo/ Severe
Dolor de cabeza <i>Headache</i>				
Dolor de estómago <i>Stomachache</i>				
Alteración del apetito (explique abajo) <i>Change of appetite—explain below</i>				
Problemas para dormir <i>Trouble sleeping</i>				
Irritabilidad al mediodía, al anochecer o por las tardes (explique abajo) <i>Irritability in the late morning, late afternoon, or evening—explain below</i>				
Conducta antisocial (su interacción con los otros se ha reducido) <i>Socially withdrawn—decreased interaction with others</i>				
Tristeza profunda o llanto sin motivo aparente <i>Extreme sadness or unusual crying</i>				
Aburrido(a), cansado(a), apático(a) <i>Dull, tired, listless behavior</i>				
Escalofríos/siente que le tiembla el cuerpo <i>Tremors/feeling shaky</i>				
Movimientos involuntarios, tic nerviosos, pestañeos continuos (explique abajo) <i>Repetitive movements, tics, jerking, twitching, eye blinking—explain below</i>				
Se come las uñas, se rasca la piel o se muerde los labios (explique abajo) <i>Picking at skin or fingers, nail biting, lip or cheek chewing—explain below</i>				
Ve o escucha cosas imaginarias <i>Sees or hears things that aren't there</i>				

Explique/Comentarios:
Explain/Comments:

<p>For Office Use Only</p> <p>Total Symptom Score for questions 1–18: _____</p> <p>Average Performance Score for questions 19–26: _____</p>
--

Este cuadro clínico se basa en el Índice de efectos colaterales de Pittsburgh, desarrollado por William E. Pelham, Jr, PhD.
 En el sitio <http://wings.buffalo.edu/adhd> encontrará información disponible para descargarlo en formato expandido a su computadora sin ningún costo.



Child ID#: _____

Child age _____

Caregiver: _____

Date: _____

Lista de Síntomas Pediátricos (Pediatric Symptom Checklist – PSC-17)

La salud física y emocional son importantes para cada niño. Los padres son los primeros que notan un problema de la conducta emocional o del aprendizaje de su hijo(a). Ud. puede ayudar a su hijo(a) a obtener el mejor cuidado de su doctor por medio de contestar estas preguntas. Favor de indicar cual frase describe a su hijo(a)

	Indique cual síntoma mejor describe a su hijo/a			<i>For Office Use</i>		
	Nunca	Algunas Veces	Frecuentemente	I	A	E
1. Se siente triste, infeliz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2. Se siente sin esperanzas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3. Se siente mal de sí mismo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4. Se preocupa mucho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5. Parece divertirse menos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6. Es inquieto(a), incapaz de sentarse tranquilo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7. Sueña despierto demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8. Se distrae fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
9. Tiene problemas para concentrarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
10. Es muy activo(a), tiene mucha energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
11. Pelea con otros niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
12. No obedece las reglas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
13. No comprende los sentimientos de otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
14. Molesta o se burla de otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
15. Culpa a otros por sus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
16. Se niega a compartir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
17. Toma cosas que no le pertenecen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
TOTAL						

To Score:

Fill in the unshaded box on the right: “Never” = 0, “Sometimes” = 1, “Often” = 2.

Sum the columns.

PSC17-Internalizing score is the sum of column I.

PSC17-Attention is the sum of column A

PSC17-Externalizing is the sum of column E.

PSC-17 Total Score is the sum of PSC17-I + PSC17-A + PSC17-E.

Positive Scores:

PSC17-I ≥ 5

PSC17-A ≥ 7

PSC17-E ≥ 7

Total Score ≥ 15



Tanya Fitts, M.D.
BOARD CERTIFIED IN PEDIATRICS
Donica Long, FNP-C

Dear Educator:

The parent(s) of the above child have requested an evaluation by our office for a health concern. As part of the evaluation process, we ask that both the child's parent(s) and teacher(s) complete a set of behavioral rating scales. Enclosed please find a set of teacher rating scales and questionnaires for your attention. These forms include: (1) Teacher Questionnaire (2) NICHQ Vanderbilt Teacher Assessment Scale.

Generally, the teacher who spends the most time with the child should complete these forms. However, if the child has more than one primary teacher, or has a special education teacher, it would be useful for us to obtain a separate set of forms from each teacher. If this is the case, please feel welcome to make the necessary copies.

Please fill out the forms as completely as possible. If you do not know the answer to a question, please write "Don't know," so that we can be sure the item was not overlooked. After the forms are completed, please fax them to our office at (662) 236-3924. Thank you for your assistance and cooperation in the completion of these forms. If you have any questions, please do not hesitate to contact our office at (662) 236-3939.

Sincerely,

Lafayette Pediatric Clinic



ADHD Initial Teacher Questionnaire

Child's Name School Name _____ Date Completed _____

School Name _____ Child's Grade _____

Teacher's Name _____ Subject Taught _____

Hours with child (daily average) _____ Number of Students in Class _____

1. How long have you known this child? _____

2. Please rate this child's academic success compared to other children the same age:

___ Much Worse ___ Worse ___ About the Same ___ Better ___ Much Better

3. Please rate this child's behavior compared to other children the same age:

___ Much Worse ___ Worse ___ About the Same ___ Better ___ Much Better

4. Number of school days absent/tardy: _____

5. Record the results of any IQ or other educational test this student has taken: _____

6. Please list consultations previously obtained from psychologists, neurologists, speech therapists, etc., or school staff:

7. Please list or describe any special help or services this child is receiving inside/outside your class: _____

NICHQ Vanderbilt Assessment Scale—TEACHER Informant

Teacher's Name: _____ Class Time: _____ Class Name/Period: _____

Today's Date: _____ Child's Name: _____ 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: _____.

Is this evaluation based on a time when the child was on medication was not on medication not sure?

Symptoms	Never	Occasionally	Often	Very Often
1. Fails to give attention to details or makes careless mistakes in schoolwork	0	1	2	3
2. Has difficulty sustaining attention to tasks or activities	0	1	2	3
3. Does not seem to listen when spoken to directly	0	1	2	3
4. Does not follow through on instructions and fails to finish schoolwork (not due to oppositional behavior or failure to understand)	0	1	2	3
5. Has difficulty organizing tasks and activities	0	1	2	3
6. Avoids, dislikes, or is reluctant to engage in tasks that require sustained mental effort	0	1	2	3
7. Loses things necessary for tasks or activities (school assignments, pencils, or books)	0	1	2	3
8. Is easily distracted by extraneous stimuli	0	1	2	3
9. Is forgetful in daily activities	0	1	2	3
10. Fidgets with hands or feet or squirms in seat	0	1	2	3
11. Leaves seat in classroom or in other situations in which remaining seated is expected	0	1	2	3
12. Runs about or climbs excessively in situations in which remaining seated is expected	0	1	2	3
13. Has difficulty playing or engaging in leisure activities quietly	0	1	2	3
14. Is "on the go" or often acts as if "driven by a motor"	0	1	2	3
15. Talks excessively	0	1	2	3
16. Blurts out answers before questions have been completed	0	1	2	3
17. Has difficulty waiting in line	0	1	2	3
18. Interrupts or intrudes on others (eg, butts into conversations/games)	0	1	2	3
19. Loses temper	0	1	2	3
20. Actively defies or refuses to comply with adult's requests or rules	0	1	2	3
21. Is angry or resentful	0	1	2	3
22. Is spiteful and vindictive	0	1	2	3
23. Bullies, threatens, or intimidates others	0	1	2	3
24. Initiates physical fights	0	1	2	3
25. Lies to obtain goods for favors or to avoid obligations (eg, "cons" others)	0	1	2	3
26. Is physically cruel to people	0	1	2	3
27. Has stolen items of nontrivial value	0	1	2	3
28. Deliberately destroys others' property	0	1	2	3
29. Is fearful, anxious, or worried	0	1	2	3
30. Is self-conscious or easily embarrassed	0	1	2	3
31. Is afraid to try new things for fear of making mistakes	0	1	2	3

The recommendations in this publication do not indicate an exclusive course of treatment or serve as a standard of medical care. Variations, taking into account individual circumstances, may be appropriate.

Copyright ©2002 American Academy of Pediatrics and National Initiative for Children's Healthcare Quality

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

Revised - 1102

American Academy
of Pediatrics



DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™

NICHQ

National Initiative for Children's Healthcare Quality



NICHQ Vanderbilt Assessment Scale—TEACHER Informant

Teacher's Name: _____ Class Time: _____ Class Name/Period: _____

Today's Date: _____ Child's Name: _____ Grade Level: _____

Symptoms (continued)	Never	Occasionally	Often	Very Often
32. Feels worthless or inferior	0	1	2	3
33. Blames self for problems; feels guilty	0	1	2	3
34. Feels lonely, unwanted, or unloved; complains that "no one loves him or her"	0	1	2	3
35. Is sad, unhappy, or depressed	0	1	2	3

Performance <i>Academic Performance</i>	Excellent	Average	Above Average	Somewhat	
				of a Problem	Problematic
36. Reading	1	2	3	4	5
37. Mathematics	1	2	3	4	5
38. Written expression	1	2	3	4	5

<i>Classroom Behavioral Performance</i>	Excellent	Above Average	Average	Somewhat	
				of a Problem	Problematic
39. Relationship with peers	1	2	3	4	5
40. Following directions	1	2	3	4	5
41. Disrupting class	1	2	3	4	5
42. Assignment completion	1	2	3	4	5
43. Organizational skills	1	2	3	4	5

Comments:

Please return this form to: _____

Mailing address: _____

Fax number: _____

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 Symptom Score for questions 1-18: _____

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 or 5 in questions 36-43: _____

Average Performance Score: _____