



33 4th Street NW, Sioux Center, Iowa 51250 | 712-722-1700 | care@promisechc.org | promisechc.org

MENTAL HEALTH PACKETS – 12 +

1. Welcome Letter
2. Mental Health Agreement
3. Minor Consent
4. Telehealth Consent
5. Release of Info Consent
6. RMS
7. GAD-7
8. PHQ-9
9. BSDS
10. ZANARINI
11. ADHD SELF REPORT



33 4th Street NW, Sioux Center, Iowa 51250 | 712-722-1700 | care@promisechc.org | promisechc.org

Estimado paciente nuevo:

Le damos la bienvenida a la práctica de Emily Leinen, PMHNP. Apreciamos la confianza que ha puesto en nosotros como uno de sus proveedores de atención médica, y le agradecemos que haya elegido a Promise.

Tenemos algunos recordatorios importantes que informarle para que tenga una excelente experiencia mientras visita nuestra oficina. Usted es muy importante para nosotros, y cada cita es valiosa.

- Le pedimos que llegue 20 minutos antes de su cita.
- Como proveedora psiquiátrica, Emily forma parte de una práctica especializada. Mientras que la facturación será manejada igual, su copago o deducible podría ser un poco más alto.
- Si necesita cancelar o reprogramar su cita, por favor llámenos al 712-722-1700 lo más pronto posible. Si falta a tres citas, ya sea por no presentarse, llegar tarde (más de 15 minutos) o cancelar tarde, es posible que se termine su atención con Emily Leinen, PMHNP. Esto nos ayuda a respetar su tiempo, el tiempo de su proveedor y el de otras personas que esperan recibir atención.
- Las horas de consulta de la PMHNP son las siguientes:
 - Martes – viernes de 8am-5pm.
- Los rellenos serán realizados durante las horas de oficina solamente
- Por favor estacionese en el estacionamiento al otro lado de la calle frente a Promise

Adjunto encontrará la documentación de los nuevos pacientes. Por favor, devuelva el papeleo completado a nuestra oficina por correo, correo electrónico, o entregándolo en nuestra oficina. Ya cuando hemos recibido los documentos completados, la enfermera le contactará para programar una consulta.

Correo electrónico: medicalrecords@promisechc.org

Correo: 33 4th Street NW

Attn: Medical Records

Sioux Center, IA 51250

Usted recibirá una llamada o un texto recordatorio de nuestro servicio automatizado antes de su cita. Si tiene alguna pregunta, por favor no dude en llamar a nuestra oficina al 712-722-1700. Estamos emocionados por conocerle.

Emily Leinen, PMHNP



33 4th Street NW, Sioux Center, Iowa 51250 | 712-722-1700 | care@promisechc.org | promisechc.org

Acuerdo del Paciente de Salud Mental Psiquiátrica

En Promise Community Health, entendemos que a veces eventos inesperados o emergencias pueden impedirle asistir a su cita programada. Sin embargo, debido a la gran demanda de nuestros servicios, le pedimos que tenga la cortesía de respetar el siguiente acuerdo para asegurar que podamos brindar atención oportuna a todos nuestros pacientes.

Nuestra Promesa como Proveedor de Salud Mental Psiquiátrica:

- Proporcionar atención psiquiátrica de alta calidad basada en la evidencia
- Proporcionar un ambiente de cuidado donde usted se sienta escuchado y comprendido
- Crear un plan de tratamiento holístico centrado en el paciente
- Proporcionar una llamada recordatoria de cortesía 2 días antes de su cita programada, así como otros recordatorios y seguimiento de la comunicación según sea necesario.

Su promesa como Paciente Psiquiátrico de Salud Mental:

- Proporcionar información precisa sobre la salud, personal, financiera y de seguros para una mejor atención que incluya
 - Números de teléfono actuales y actualizados
 - Domicilio donde podamos contactarlo mejor
- Confirmar y asistir a las citas programadas, y ser puntual
 - Las citas deben cancelarse o reprogramarse con un mínimo de 48 horas de anticipación (2 días hábiles)
 - Si llega 15 minutos tarde a una cita, se considera como una cita a la que no ha asistido y tendrá que ser reprogramada
- Comprenda que las citas perdidas afectan a su plan de tratamiento y quitan la oportunidad para que otro paciente sea atendido. Este acuerdo está diseñado para respetar el tiempo de todos, incluso el suyo, el de su proveedor y el de otras personas que necesiten una cita.
- Comprenda que, si acumula 3 faltas resultara en la terminación de su relación profesional con Emily Leinen, PMHNP. Usted puede ser elegible para reestablecer una relación con Emily Leinen, PMHNP 6 meses después de la última cita a la que no asistió. Este periodo de espera asegura que podamos mantener la disponibilidad para los pacientes que necesitan atención.
- Una cita no atendida se define como:
 - No asistir a una cita programada
 - Llegar tarde
 - Cancelar con menos de 2 días hábiles de anticipación
 - Reprogramar la cita más de 3 veces
- Comprenda que una cita reprogramada debe ser atendida dentro de los 30 días siguientes a la fecha original de la cita.

Este acuerdo se ha establecido para respetar a tres personas esenciales: usted (el paciente), su proveedor, y otras personas que están esperando a ser atendidas.

Valoramos su tiempo y el nuestro, y agradecemos su comprensión y cooperación en el cumplimiento de este acuerdo. Si tiene alguna pregunta o necesita más aclaraciones, por favor no dude en preguntarnos.

Firma: _____

Fecha: _____



33 4th Street NW, Sioux Center, Iowa 51250 | 712-722-1700 | care@promisechc.org | promisechc.org

MINOR CONSENT FORM

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento del Paciente: _____

Yo _____ (nombre del padre/tutor) soy el tutor legal del paciente mencionado y no hay órdenes judiciales en vigor que me prohibiría conferir el poder de dar consentimiento para que el paciente consulte y reciba tratamiento. Doy mi consentimiento para que el paciente sea visto y reciba tratamiento para la cita con:

Proveedor: _____ Fecha de la cita: _____

Doy permiso para que el paciente asista a la cita (elijá una):

- ☐ Sin la presencia de un adulto
- ☐ Acompañado por otro adulto:

Nombre completo: _____ Relación al paciente: _____

Por la presente autorizo y nombro a la persona antes mencionada como el adulto que, en mi ausencia, estará autorizado a dar su consentimiento para todos los tratamientos médicos/sanitarios/dentales o de salud mental y/o tratamientos quirúrgicos y/u otros procedimientos razonables y necesarios que se requieran durante mi ausencia para el menor antes mencionado y descrito. En consideración a los servicios que se presten a dicho menor antes mencionado, yo acepto pagar por todos esos servicios.

Doy mi consentimiento para que el niño reciba las vacunas recomendadas por el proveedor:

- ☐ Sí
- ☐ No

Doy consentimiento que esta autorización sea efectiva por el plazo de:

- ☐ Sólo para la fecha de la consulta antes indicada
- ☐ Hasta seis meses después de la fecha de la consulta
- ☐ Otras fechas indicadas, que no excederán de los seis meses: _____

Esta autorización sólo es efectiva para la opción indicada arriba. El consentimiento puede aplicarse a una fecha diferente si se vuelve a programar la consulta indicada. Este consentimiento se puede cancelar antes del tiempo indicado con notificación a Promise CHC que yo deseo revocarlo.

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha



33 4th Street NW, Sioux Center, Iowa 51250 | 712-722-1700 | care@promisechc.org | promisechc.org

Consentimiento Informado para servicios de Telesalud

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Objetivo: Le autorizo a Promise Community Health Center, así como a todo el personal, a proporcionar servicios de telesalud con el fin de prestar servicios médicos y/o de salud mental, incluyendo la evaluación, el tratamiento, el seguimiento y los propósitos educativos. Entiendo que Promise Community Health Center utilizará la telesalud para el cuidado de mi tratamiento. Le autorizo a Promise Community Health Center a enviar un enlace electrónico que yo proporcione para el acceso.

Esencia de Telesalud: La Telesalud utiliza una comunicación interactiva bidireccional en tiempo real entre el paciente y el médico en un lugar distante, con audio y video interactivo bidireccional en vivo. La telesalud, en el estado de Iowa, no incluye los servicios a través de teléfono sólo audio, mensaje de correo electrónico o servicios de fax. La Telesalud debe utilizar una plataforma que cumpla con la ley HIPAA y que le permita a los pacientes y a los proveedores conectarse a través de una interacción de video en tiempo real codificada.

Confidencialidad: Se han hecho esfuerzos razonables y apropiados para eliminar cualquier riesgo confidencial asociado con los servicios de telesalud, y todas las protecciones de confidencialidad existentes en virtud de la ley federal y del estado de Iowa se aplican a la información revelada durante los servicios de telesalud. El proveedor ofrecerá telesalud a través de una ubicación de práctica aprobada. El paciente puede estar en cualquier lugar (en estado de Iowa) cuando se ofrece la telesalud. Por favor, considere su alrededor para la seguridad y la confidencialidad. Estoy de acuerdo de que mi proveedor ha discutido estas precauciones conmigo.

Derechos: Puede retener o retirar el consentimiento para los servicios de telesalud en cualquier momento sin que ello afecte a su futura atención o tratamiento, o arriesgarse a la pérdida o retirada de cualquier beneficio de servicio al que de otro modo tendría derecho.

Para las visitas médicas: Entiendo que examen limitado puede realizarse durante la videoconferencia y que tengo el derecho de pedirle a mi proveedor de salud que suspenda la conferencia en cualquier momento. Entiendo que algunas partes del examen pueden ser realizadas por individuos en mi localidad bajo la dirección del médico consultor.

Beneficios Esperados:

- Mejor acceso a la atención terapéutica
- Obtener la experiencia de una terapeuta en un lugar distante

Riesgos Posibles: Como en cualquier prestación de servicios, existen riesgos posibles relacionados con el uso de la telesalud. Estos riesgos incluyen, pero no se limitan a:

- La información transmitida puede no ser suficiente (por ejemplo, la mala calidad de la resolución)
- Podrían producirse demoras en la evaluación o el tratamiento debido a deficiencias o fallos del equipo
- Los sistemas de software podrían fallar causando una violación de la privacidad de la información personal
- El proveedor de seguros puede o no cubrir los servicios de telesalud y, por lo tanto, puede incurrir en gastos de servicios

Si necesita continuar con una conversación no terapéutica, considere los siguientes recursos de apoyo:

- Línea telefónica de salud mental 1-800-273-8255
- Centro de llamadas para víctimas de Iowa 1-800-770-1650
- Línea de Texto de Ayuda a las Víctimas - Mande texto a – IOWAHELP al 20121

En caso de emergencia, por favor marque 9-1-1 para la continuidad de la atención médica. No utilice los servicios de telesalud.

Reconozco que estoy informado de todos los posibles riesgos, consecuencias y beneficios de los servicios de telesalud. He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de la información proporcionada en este formulario y los servicios que contiene.

Todas mis preguntas han sido contestadas, y entiendo la información escrita proporcionada anteriormente. Por la presente autorizo el uso de los servicios de telesalud como se ha indicado anteriormente y acepto participar y pagar por los servicios de telesalud. Reconozco que puedo recibir una copia de este documento si la solicito.

Firma del paciente o del padre/tutor legal (si el paciente es menor de edad): _____ Fecha: _____

Firma del Testigo: _____ Fecha: _____



33 4th Street NW, Sioux Center, Iowa 51250 | 712-722-1700 | care@promisechc.org | promisechc.org

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Fecha: _____ Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Por la presente, autorizo a Promise Community Health Center a divulgar cualquier información, incluyendo diagnósticos y registros de cualquier tratamiento o examen que se me haya proporcionado. Además, también autorizo la divulgación de información a Promise Community Health Center por parte de la persona que me refirió, agencia u otra entidad que se indica a continuación.

Nombre de la Persona o Institución

Número de Teléfono

Dirección Postal Completa/Calle/PO Box

Ciudad

Estado

Código Postal

Marque la información que se divulgará – La información se limita a dos (2) años anteriores, a menos que se solicite lo contrario.

- ☐ Registro de Nacimiento, resultados metabólicos y auditivos ☐ Mamografía _____
- ☐ Electrocardiograma, ECG (más reciente) ☐ Tomografía computada/Imágenes por resonancia magnética _____
- ☐ Notas de progreso/Visitas al médico – Rango de fechas: _____ (dos años anteriores si no especificado)
- ☐ Resultados de laboratorio – Por favor, especifique el tipo y fecha: _____
- ☐ Registros Dentales
- ☐ Otro – Por favor, especifique el tipo y fecha: _____

De la siguiente manera:

- ☐ Correo ☐ Fax ☐ Otro _____
- ☐ Quien recogerá las copias _____

Según mi solicitud, la razón por la divulgación de la información es la siguiente:

- ☐ Copia para sí mismo ☐ Transición de Cuidado ☐ Seguro Médico ☐ Legal
- ☐ Otro (por favor especifique) _____

Autorización específica para divulgar la información protegida por la ley estatal o federal

Autorizo la divulgación de la información que figura a continuación, que exige el consentimiento específico de acuerdo con la ley federal y estatal. (Debe poner sus iniciales en cualquier categoría que pueda ser divulgada)

Abuso de Sustancias _____ Salud Mental _____ Información relacionada con el VIH _____

Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo cancelar este consentimiento para divulgar información en cualquier momento mediante el envío de una notificación por escrito a Promise Community Health Center. Entiendo que cualquier comunicado que se hizo antes de mi cancelación en cumplimiento de la presente autorización no constituye una violación de mis derechos a la confidencialidad. La divulgación no autorizada y una vez se revele información puede no estar protegida por las regulaciones federales de privacidad. Entiendo que puedo revisar la información divulgada o hacer preguntas poniéndome en contacto con Promise Community Health Center. Una fotocopia o un fax de esta autorización es tan válida como la original.

Entiendo que Promise Community Health Center no puede requerir que llene este formulario, como condición de tratamiento. Sin embargo, cuando la prestación de servicios es el único fin de crear un informe médico (Información de salud protegida) para un tercero, al negarse a firmar puede resultar en la negación de esos servicios.

Este acuerdo se vencerá en un (1) año a partir de la fecha de la firma, al menos que sea revocado previamente o se indique lo contrario.

Firma de Paciente o Representante Legal

Fecha

Relación si no es el Paciente

Firma del testigo/enfermero/a



33 4th Street NW, Sioux Center, Iowa 51250 | 712-722-1700 | care@promisechc.org | promisechc.org

CUESTIONARIO RAPIDO SOBRE EL ESTADO DE ANIMO (RMS per sus siglas en Ingles)

¿Es usted uno de los millones de personas que padecen síntomas depresivos? Responda al siguiente cuestionario sobre su historial médico y entrégueselo a su médico o enfermera para ayudarles en una conversación importante sobre su estado de ánimo.

Por favor seleccione una respuesta para cada pregunta. Puede completar el cuestionario RMS en menos de 2 minutos.

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

	SÍ	NO
1. ¿Ha habido al menos 6 períodos de tiempo diferentes (de al menos 2 semanas) durante las cuales se sintió profundamente deprimido?		
2. ¿Tuvo problemas con la depresión antes de los 18 años de edad?		
3. ¿En alguna ocasión ha tenido que dejar o cambiar su antidepresivo porque se ponía demasiado irritable o hiperactivo?		
4. ¿Ha tenido un período de al menos 1 semana durante la cual ha sido más hablador de lo normal con pensamientos acelerados en la cabeza?		
5. ¿Ha tenido algún período de al menos 1 semana durante el cual se sintió: inusualmente contento; inusualmente extrovertido; o inusualmente energético?		
6. ¿Ha tenido algún período de al menos 1 semana durante el cual necesitaba dormir mucho menos de lo habitual?		



33 4th Street NW, Sioux Center, Iowa 51250 | 712-722-1700 | care@promisechc.org | promisechc.org

GAD-7

**¿Durante las últimas 2 semanas, qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?
Marque su respuesta.**

	Ningún día	Varios días	Mas de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación	0	1	2	3
3. Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes	0	1	2	3
4. Ha tenido dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Se ha sentido tan inquieto(a) que no ha podido quedarse quieto(a)	0	1	2	3
6. Se ha molestado o irritado fácilmente	0	1	2	3
7. Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T _____ = _____ + _____ + _____)



33 4th Street NW, Sioux Center, Iowa 51250 | 712-722-1700 | care@promisechc.org | promisechc.org

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9 por sus siglas en ingles)

**¿Durante las últimas 2 semanas, qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?
Marque su respuesta.**

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) - o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario - muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

For office coding: 0 + _____ + _____ + _____ =

Total Score: _____

¿Si marcó cualquiera de los problemas, que tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

- ☐ – No ha sido difícil
- ☐ – Un poco difícil
- ☐ – Muy difícil
- ☐ – Extremadamente difícil



33 4th Street NW, Sioux Center, Iowa 51250 | 712-722-1700 | care@promisechc.org | promisechc.org

POR FAVOR, RESPONDA SÍ O NO EN LA LÍNEA AL LADO DE CADA FRASE

1. ¿De vez en cuando, notas que su humor y/o su nivel de energía cambian drásticamente? _____
2. ¿Ha notado que a veces su energía es muy baja o muy alta? _____
3. ¿Durante su fase "baja" sientes a menudo falta de energía, necesidad de quedarse en cama o de dormir de más, y poca o ninguna motivación para realizar las cosas que tiene que hacer? _____
4. ¿A menudo subes de peso durante estos periodos? _____
5. ¿Durante esta fase, se siente triste o deprimido todo el tiempo? _____
6. ¿A veces durante estas etapas se siente desesperanzados y hasta con pensamientos suicidas? _____
7. ¿Tiene dificultades laborales y sociales? _____
8. ¿Habitualmente estas etapas duran semanas, aunque a veces pueden durar sólo unos pocos días? _____
9. ¿Experimentas un periodo de estado de ánimo "normal" entre los cambios de humor, durante estas fases su nivel de energía y su humor no son adecuados y sus capacidades no se ven alteradas? _____
10. ¿Puedes sentir un marcado cambio en la manera en que se siente? _____
11. ¿Su energía aumenta más de lo que es habitual para usted, y con frecuencia realiza más actividades de las que harías normalmente? _____
12. ¿A veces, durante estos periodos en "alta" sientes que tienes demasiada energía y hasta se siente "excelentemente bien"? _____
13. ¿En estas etapas, se siente irritable, intolerante o más agresivo? _____
14. ¿Realiza muchas actividades al mismo tiempo durante estas fases? _____
15. ¿Durante estos periodos se mete en problemas por gastar más dinero? _____
16. ¿Se siente más conversador, más extrovertido o tiene más interés en la actividad sexual? _____
17. ¿Su comportamiento puede ser extraño o incluso molesto para los demás? _____
18. ¿Se mete en problemas con sus compañeros de trabajo o hasta con la policía en estos periodos? _____
19. ¿Aumenta su consumo de alcohol o de drogas no recetadas por un médico durante estos periodos? _____

Ahora que ha leído estas preguntas, por favor marque uno de las siguientes cuatro opciones:

- ☐ Esta historia me describe muy bien o casi perfectamente.
- ☐ Esta historia me describe bastante bien.
- ☐ Esta historia me describe hasta cierto punto, pero no en todos los aspectos.
- ☐ Esta historia no me describe para nada.

POR FAVOR, INDIQUE SI LA MEJOR RESPUESTA ES SÍ O NO:

1= SÍ 0= NO

1. ¿Alguna de sus relaciones personales más cercanas se ha visto en problemas debido a múltiples discusiones o rupturas frecuentes?		
2. ¿Ha tratado intencionalmente de hacerse daño físico (quemarse, cortarse, pegarse)? ¿Ha realizado alguna tentativa de suicidio?		
3. ¿Ha tenido al menos 3 otros problemas de impulsividad (por ejemplo, atracones frecuentes, gastos desproporcionados, abuso de alcohol, episodios de agresividad verbal)?		
4. ¿Se ha sentido extremadamente malhumorado?		
5. ¿Se ha sentido o se siente enfadado(a) la mayor parte del tiempo? ¿Ha actuado frecuentemente de manera furiosa-o sarcástica?		
6. ¿A menudo ha sentido desconfianza de la gente?		
7. ¿Se ha sentido con frecuencia irreal o como si las cosas a su alrededor fueran irreales?		
8. ¿Se ha sentido crónicamente vacío?		
9. ¿Se ha sentido a menudo con la sensación de no saber quien es o que no tiene identidad propia?		
10. ¿Ha hecho esfuerzos desesperados para evitar sentirse abandonado (por ejemplo, llamar repetidamente a una persona para que le confirme que está preocupada por usted, suplicarle que no lo deje, agarrarse físicamente)?		

¿Mis sentimientos hacia la comida y el cuerpo? (marque todo lo que corresponda):

- ☐ - Me siento fuera de control con mi alimentación
- ☐ - No me gusta mi cuerpo
- ☐ - Siempre intento controlar mi peso
- ☐ - A menudo me doy un atracón y luego trato de eliminar las calorías
- ☐ - Me salto comidas para controlar mi peso
- ☐ - Soy reservado(a) con respecto a mi alimentación
- ☐ - Me pongo ansioso(a) cuando no hago ejercicio
- ☐ - Otros dicen que he perdido mucho peso en poco tiempo
- ☐ - Mis periodos menstruales son irregulares o han parado por completo
- ☐ - Tengo miedo de subir peso
- ☐ - A veces vomito después de comer
- ☐ - Utilizo pastillas para adelgazar, laxantes u otras sustancias para controlar mi peso
- ☐ - Creo que tengo sobrepeso, aunque otros me digan que no es así
- ☐ - No merezco comer y me siento culpable si lo hago

Escala De Autoevaluación Del TDAH En Adultos (ASRS-V1.1) – Lista De Síntomas

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

Responda a las siguientes preguntas evaluándose a sí mismo en cada uno de los criterios indicados utilizando la escala ubicada al lado derecho de la página. Cuando responda a cada pregunta, ponga una X en la casilla que mejor describa cómo se ha sentido y comportado durante los últimos 6 meses.

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Con mucha frecuencia
1. ¿Con que frecuencia le cuesta concluir los detalles finales de un proyecto una vez que ya ha terminado las partes que constituyen un reto?					
2. ¿Con que frecuencia le cuesta poner las cosas en orden cuando tiene que realizar una tarea que exige organización?					
3. ¿Con que frecuencia tiene problemas para recordar citas u obligaciones?					
4. ¿Cuándo tiene que realizar una tarea que exige pensar mucho con qué frecuencia evita o aplaza su comienzo?					
5. ¿Con que frecuencia juega con o retuerce las manos o los pies cuando tiene que estar sentado por mucho tiempo?					
6. ¿Con que frecuencia se siente excesivamente activo y empujado a hacer cosas, como si lo impulsara un motor?					
7. ¿Con que frecuencia comete errores por descuido cuando tiene que trabajar en un proyecto aburrido o difícil?					
8. ¿Con que frecuencia le cuesta mantener la atención cuando está realizando un trabajo aburrido o repetitivo?					
9. ¿Con que frecuencia le cuesta concentrarse en lo que otras personas le están diciendo, incluso cuando le hablan directamente?					
10. ¿Con que frecuencia extravía o le cuesta encontrar cosas en la casa o el trabajo?					
11. ¿Con que frecuencia se distrae con actividades o ruidos que se producen alrededor suyo?					
12. ¿Con que frecuencia se levanta de su asiento en reuniones u otras situaciones en las que se espera que se mantenga sentado?					
13. ¿Con que frecuencia se siente inquieto o agitado?					
14. ¿Con que frecuencia le cuesta relajarse cuando tiene tiempo para usted?					
15. ¿Con que frecuencia se da cuenta de que está hablando demasiado en situaciones sociales?					
16. ¿Cuándo está teniendo una conversación, con que frecuencia se da cuenta de que termina las oraciones de las personas con quienes está hablando antes de que las puedan terminar ellas mismas?					
17. ¿Con que frecuencia le cuesta esperar su turno en situaciones en las que hay que esperar el turno?					
18. ¿Con que frecuencia interrumpe a otras personas cuando están ocupadas?					