

# Registro de medicamentos para el TDAH

Medicamento #1 nombre/dosis: \_\_\_\_\_

Medicamento #2, si aplica: \_\_\_\_\_

Fecha (Día/Mes)	Lu ( )	Ma ( )	Mi ( )	Ju ( )	Vi ( )	Sá ( )	Do ( )
Med #1 hora en que se tomó							
Med #2 hora en que se tomó							
¿Hubo efecto rebote? Si lo hubo, ¿qué pasó y cuándo?							
Hora del desayuno							
¿Cuántas horas durmió?							
Horas de siesta							
<b>Metas de comportamiento</b>	^ Mejoró mucho    ✓ Mejoró poco    – Sin cambios    ✗ Empeoró						
Permanecer enfocado							
Seguir instrucciones							
Terminar la tarea							
Administrar el tiempo							
Interrumpir menos							
Reducir la hiperactividad							
Llevarse bien socialmente							
Otras:							
<b>Posibles efectos secundarios</b>	^ 1ª vez que lo notó    ✓ Mejoró    – Sin cambios    ✗ Empeoró						
Disminución del apetito							
Dolor de estómago/cabeza							
Irritabilidad							
Ansiedad/nerviosismo							
Problemas para dormir							
“Indiferencia” o sin emociones							
Aislamiento social							
Otros:							