

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 sí, ¿qué pasó y cuándo?							
Hora del desayuno							
¿Cuántas horas durmió?							
Horas de siesta (si aplica)							
Metas de comportamiento	^ 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:							
Posibles efectos secundarios	^ 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:							