

ANEXO 1

Escala de Auto-Reporte de Síntomas de TDAH en Adultos (ASRS-V1.1)

Nombre:		Fecha:	Tel:			
Correo electrónico:		Edad:				
Conteste las siguientes preguntas, midiéndose a sí mismo en cada uno de los criterios mostrados utilizando la escala que se encuentra del lado derecho de la página. Para contestar cada pregunta, marque con una X en el cuadro que mejor describa cómo se ha sentido y comportado en los pasados seis meses.		Nunca	Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Muy frecuentemente
1. Con cuánta frecuencia tienes problemas para terminar los detalles finales de un proyecto, una vez que las partes más difíciles fueron concluidas?						
2. Con cuánta frecuencia tienes dificultad para tener las cosas en orden cuando tienes que hacer una tarea que requiere organización?						
3. Con cuánta frecuencia tienes problemas para recordar juntas de trabajo u otras obligaciones?						
4. Cuando tienes una tarea que requiere mucha concentración, con cuánta frecuencia evitas o retrasas empezarla?						
5. Con cuánta frecuencia mueves o retuerces tus manos o pies cuando estás sentado por mucho tiempo?						
6. Con cuánta frecuencia te sientes sobre-activo e impulsado a hacer cosas, como si te moviera un motor?						
7. Con cuánta frecuencia cometes errores por falta de cuidado cuando estás trabajando en un proyecto aburrido o difícil?						
8. Con cuánta frecuencia tienes dificultad para mantener atención cuando estás haciendo trabajos aburridos o repetitivos?						
9. Con cuánta frecuencia tienes dificultad para concentrarte en lo que la gente te dice, aún cuando estén hablando contigo directamente?						
10. Con cuánta frecuencia pierdes o tienes dificultad para encontrar cosas en la casa o en el trabajo?						
11. Con cuánta frecuencia te distraes por ruidos o actividades alrededor de ti?						
12. Con cuánta frecuencia te paras de tu asiento en juntas o en otras situaciones en las que se supone debes permanecer sentado?						
13. Con cuánta frecuencia te sientes inquieto o nervioso?						
14. Con cuánta frecuencia tienes dificultades para relajarte cuando tienes tiempo para ti?						
15. Con cuánta frecuencia sientes que hablas demasiado cuando estás en reuniones sociales?						
16. Cuando estás en una conversación, con cuánta frecuencia te descubres terminando las oraciones de la gente que está hablando, antes de que ellos terminen?						
17. Con cuánta frecuencia tienes dificultad para esperar tu turno en situaciones en que debes de hacerlo?						
18. Con cuánta frecuencia interrumpes a otros cuando están ocupados?						

Valdizan JR, Izaguerri-Gracia AC. [Attention deficit hyperactivity disorder in adults]. Rev Neurol 2009 Feb 27; 48 Suppl 2:S95-S99.

ANEXO 2

Escala de Calificación de Wender-Utah (WURS-25)

De pequeño yo era (o tenía) (o estaba):	Nada en absoluto o casi nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
1. Activo, no paraba nunca					
2. Problemas de concentración, me distraía con facilidad					
3. Ansioso, preocupado					
4. Nervioso, inquieto					
5. Poco atento, "en las nubes"					
6. Mucho temperamento, saltaba con facilidad					
7. Explosiones de genio, rabietas					
8. Problemas para terminar las cosas que empezaba					
9. Testarudo					
10. Imprudente, temerario, hacía travesuras					
11. Desobediente con mis padres, rebelde, contestón					
12. Irritable					
13. Descuidado, me organizaba mal					
14. Cambios de humor frecuentes: alegre, tristeza...					
15. Enfadado					
16. Impulsivo, hacía las cosas sin pensar					
17. Tendencia a ser inmaduro					
18. Sentimientos de culpa, remordimientos					
19. Perdía el control de mí mismo					
20. Tendencia a ser o a actuar irracionalmente					
21. Me metía en peleas					
22. Molestaba a otros niños					
23. Me dejaba llevar demasiado por los demás					
24. Dificultad para ponerme en el lugar de otros					
25. Problemas con las autoridades, en la escuela, visitas al jefe de estudios					

Rodriguez-Jimenez R, Ponce G, Monasor R, Jimenez-Gimenez M, Perez-Rojo JA, Rubio G, et al. [Validation in the adult Spanish population of the Wender Utah Rating Scale for the retrospective evaluation in adults of attention deficit/hyperactivity disorder in childhood]. Rev Neurol 2001 Jul 16; 33(2):138-44

ANEXO 3

Cuestionario de Autoreporte SRQ

ENCUESTA SRQ

Nombre: _____ Edad _____ Fecha _____

Las siguientes preguntas son importantes para su mejor atención. Léalas cuidadosamente y marque con una **x** en la casilla correspondiente.

PREGUNTA	Si	No	PREGUNTA	Si	No
1. Tiene frecuentes dolores de cabeza?			11. Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?		
2. Tiene mal apetito?			12. Tiene dificultad para tomar decisiones?		
3. Duerme mal?			13. Tiene dificultad para hacer su trabajo?		
4. Se asusta con facilidad?			14. Es incapaz de desempeñar un papel útil en la vida		
5. Sufre de temblor en las manos?			15. Ha perdido interés en las cosas?		
6. Se siente nervioso, aburrido o tenso?			16. Siente que Ud. es una persona inútil?		
7. Sufre de mala digestión?			17. Ha sentido la idea de acabar con su vida?		
8. No puede pensar con claridad?			18. Se siente cansado todo el tiempo?		
9. Se siente triste?			19. Tiene sensaciones desagradables en su estómago.		
10. Lloro Ud. Con mucha frecuencia?			20. Se cansa con facilidad?		

PREGUNTA	Si	No
21. Siente Ud. que alguien ha tratado de herirlo de alguna forma?		
22. Es Ud. una persona más importante que lo que piensan los demás?		
23. Ha notado interferencia o algo raro en su pensamiento?		
24. Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		
25. Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordeduras de lengua o pérdida del conocimiento?		
26. Alguna vez le ha parecido a su familia, a sus amigos, a su médico o a su sacerdote que Ud. estaba bebiendo demasiado licor?		
27. Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido?		
28. Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo o estudio a causa de la bebida, como beber en el trabajo o colegio o faltar a ellos?		
29. Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		
30. Le ha parecido alguna vez que Ud. bebía demasiado?		
31. Come Ud. sin apetito?		
32. Le preocupa estar excesivamente gordo o flaco?		

Climent C, De Arango, MV. Manual de psiquiatría para trabajadores de atención primaria. OPS. Washington. 1983.

ANEXO 4.

Escala para Depresión de Zung

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 20 apartados. Detrás de cada frase marque con una cruz la casilla que mejor refleje su situación actual.

A: Muy poco tiempo, muy pocas veces, raramente
 B: Algún tiempo, algunas veces, de vez en cuando
 C: Gran parte del tiempo, muchas veces, frecuentemente
 D: Casi siempre, siempre, casi todo el tiempo

	A	B	C	D
Me siento triste y deprimido	☐	☐	☐	☐
Por las mañanas me siento mejor que por las tardes	☐	☐	☐	☐
Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro	☐	☐	☐	☐
Me cuesta mucho dormir o duermo mal por la noche	☐	☐	☐	☐
Ahora tengo tanto apetito como antes	☐	☐	☐	☐
Todavía me siento atraído por el sexo opuesto	☐	☐	☐	☐
Creo que estoy adelgazando	☐	☐	☐	☐
Estoy estreñido	☐	☐	☐	☐
Tengo palpitaciones	☐	☐	☐	☐
Me canso por cualquier cosa	☐	☐	☐	☐
Mi cabeza está tan despejada como antes	☐	☐	☐	☐
Hago las cosas con la misma facilidad que antes	☐	☐	☐	☐
Me siento agitado e intranquilo y no puedo estar quieto	☐	☐	☐	☐
Tengo esperanza y confianza en el futuro	☐	☐	☐	☐
Me siento más irritable que habitualmente	☐	☐	☐	☐
Encuentro fácil tomar decisiones	☐	☐	☐	☐
Me creo útil y necesario para la gente	☐	☐	☐	☐
Encuentro agradable vivir, mi vida es plena	☐	☐	☐	☐
Creo que sería mejor para los demás si me muriera	☐	☐	☐	☐
Me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradaban	☐	☐	☐	☐

Campo-Arias A, Díaz-Martínez LA, Rueda-Jaimes GE, et al. Validación de la escala de Zung para depresión en universitarias de Bucaramanga, Colombia. Revista Colombiana de Psiquiatría 2005; XXXIV (1):54-62.

ANEXO 5

Escala para Ansiedad de Zung

SINTOMAS	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
1. Me he sentido últimamente más nervioso y ansioso				
2. Se ha sentido temeroso sin razón				
3. Se ha irritado fácilmente o ha sentido pánico				
4. Ha sentido que se está derrumbando				
5. Ha sentido que nada malo va a pasar/todo va bien				
6. Se ha sentido tembloroso				
7. Le ha dolido el cuello, la espalda y la cabeza				
8. Se ha sentido débil y se cansa fácilmente				
9. Se ha sentido calmado y puede mantenerse quieto				
10. Ha sentido palpitaciones, taquicardia, últimamente				
11. Se ha sentido últimamente mareado				
12. Se ha desmayado o ha sentido síntomas de desmayo				
13. Ha podido respirar con facilidad				
14. Ha sentido hormigueo/falta de sensibilidad en los dedos				
15. Ha sentido náuseas y malestar en el estómago				
16. Ha orinado con mayor frecuencia de lo normal				
17. Ha sentido sus manos secas y calientes				
18. Se ha ruborizado con frecuencia				
19. Ha dormido bien y descansado toda la noche				
20. Ha tenido pesadillas				

Gómez-Restrepo C, Rodríguez-Malagón N, Bohórquez AP, et al. Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. *Revista colombiana de psiquiatría* 2002; XXXI (4): 271-286.

ANEXO 6

Encuesta para detección de Trastorno por uso de alcohol (AUDIT)

1. Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?
 0. Nunca
 1. 1 o menos veces al mes
 2. 2 o 4 veces al mes
 3. 2 o 3 veces a la semana
 4. 4 o más veces a la semana
2. Cuántas bebidas alcohólicas suele consumir en un día de consumo normal?
 0. 1 o 2
 1. 3 o 4
 2. 5 o 6
 3. 7 o 9
 4. 10 o más
3. Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?
 0. Nunca
 1. Menos de 1 vez al mes
 2. Mensualmente
 3. Semanalmente
 4. A diario o casi a diario
4. Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?
 0. Nunca
 1. Menos de 1 vez al mes
 2. Mensualmente
 3. Semanalmente
 4. A diario o casi a diario
5. Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?
 0. Nunca
 1. Menos de 1 vez al mes
 2. Mensualmente
 3. Semanalmente
 4. A diario o casi a diario
6. Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?
 0. Nunca
 1. Menos de 1 vez al mes
 2. Mensualmente
 3. Semanalmente
 4. A diario o casi a diario
7. Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?
 0. Nunca
 1. Menos de 1 vez al mes
 2. Mensualmente
 3. Semanalmente
 4. A diario o casi a diario
8. Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?
 0. Nunca
 1. Menos de 1 vez al mes
 2. Mensualmente
 3. Semanalmente
 4. A diario o casi a diario
9. Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?
 0. No
 1. 2. Sí, pero no en el curso del último año
 2. Sí, en el último año
10. Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han indicado que deje de beber?
 0. No
 1. Sí, pero no en el curso del último año
 2. Sí, en el último año

Álvarez S, Gallego P, Latorre C. Papel del test AUDIT para la detección del consumo excesivo de alcohol en atención primaria. Medifam. 2001;11(9); 553-557

ANEXO 7. Formato de Recolección de Datos

TDAH- PSICOPATOLOGÍA EN ADULTOS	Código de Participante					UNIVERSIDAD EL BOSQUE
	Iniciales del Participante					

PSICOPATOLOGIA EN PADRES DE NIÑOS CON TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN-HIPERACTIVIDAD INFORMACION GENERAL DEL PARTICIPANTE

NOMBRES APELLIDOS

INICIALES DEL PACIENTE TRABAJA SI ☐ NO ☐ OCUPACIÓN

IDENTIFICACION CC ☐ EDAD AÑOS

FECHA NACIMIENTO TIEMPO EN TRABAJO ACTUAL MESES
(dd/mm/aa)

LUGAR DE NACIMIENTO

MUNICIPIO DEPARTAMENTO PAIS

RESIDENCIA TELEFONO

MUNICIPIO DEPARTAMENTO PAIS

ESTADO CIVIL : Soltero, Casado, Unión libre, separado, divorciado, viudo

NIVEL EDUCATIVO DE PACIENTE
Años aprobados Años estudiados Años reprobados

TITULO

TDAH- PSICOPATOLOGÍA EN ADULTOS	Código de Participante					UNIVERSIDAD EL BOSQUE
	Iniciales del Participante					

DATOS CLINICOS

Antecedentes Patológicos:

	Meses Dx			Meses Dx	
	Meses Dx			Meses Dx	

Antecedentes Quirúrgicos:

	Meses			Meses	
	Meses			Meses	

Antecedentes Traumáticos:

	Meses			Meses	
	Meses			Meses	

Antecedentes Familiares (primer grado de consanguinidad):

	Quien			Quien	
	Quien			Quien	

Antecedentes tóxicos (consumo en el último año)

Sustancia			No. (Unidades)	Frecuencia	Sustancia			No. (Unidades)	Frecuencia
Alcohol	Si___	No___			Cocaína	Si___	No___		
Cigarrillo	Si___	No___			Bazuco	Si___	No___		
Marihuana	Si___	No___			Anfetaminas	Si___	No___		
Hidrocarburos	Si___	No___			Barbitúricos	Si___	No___		
Benzodiacepinas	Si___	No___			Opioides	Si___	No___		

Dx psiquiátricos actuales (Incluyendo Eje II):

Diagnóstico	Fecha Dx (dd/mm/aa)	Meses con el Dx	Diagnóstico	Fecha Dx (dd/mm/aa)	Meses con el Dx

TDH- PSICOPATOLOGÍA EN ADULTOS	Código de Participante					UNIVERSIDAD EL BOSQUE
	Iniciales del Participante					

DIAGNOSTICO PREVIO DE TDAH: SI ____ NO ____

TRATAMIENTO RECIBIDO:

FARMACOLOGICO _____

TERAPIA OCUPACIONAL _____

FONOAUDIOLOGIA _____

OTROS _____

TRATAMIENTOS PSICOFARMACOLOGICOS PREVIOS

Nombre genérico	Fecha inicio (dd/mm/aa)			Dosis máx. (mg/d)	Finalización (dd/mm/aa)		

Nombre genérico	Fecha inicio (dd/mm/aa)			Dosis máx. (mg/d)	Finalización (dd/mm/aa)		

FARMACOLÓGICOS ACTUALES

Nombre genérico	Fecha inicio (dd/mm/aa)			Dosis (mg/día)

Nombre genérico	Fecha inicio (dd/mm/aa)			Dosis (mg/día)

INTERFERENCIAS EN LA INFANCIA

SI ____ NO ____ CUALES?

INTERFERENCIAS EN LA ACTUALIDAD

SI ____ NO ____ CUALES?

QUE ESTRATEGIAS HA UTILIZADO PARA EVITAR ESTOS PROBLEMAS?

TDAH- PSICOPATOLOGÍA EN ADULTOS	Código de Participante					UNIVERSIDAD EL BOSQUE
	Iniciales del Participante					

RESULTADO DE ESCALAS

Escala de Auto-reporte de Síntomas de TDAH en Adultos (ASRS-V1.1)

TOTAL

Escala de Calificación de Wender-Utah (WURS-25)

TOTAL

Cuestionario de Autoreporte (SRQ)

Total

Escala de Depresión de Zung

Total

Escala de Ansiedad de Zung

Total

Encuesta para la detección de trastorno por uso de alcohol (AUDIT)

Total

Persona quien diligencia el formato

Firma

Fecha Día Mes Año

ANEXO 8. Variables

Variable	Definición	Tipo	Valor
Nombre /apellido	Nombre del usuario	Cualitativo	N/a
Identificación	Número de identificación: cédula de ciudadanía, tarjeta de identidad, número de historia	Cualitativo	N/a
Edad	Edad en años cumplidos al momento del estudio	Cuantitativo razón	Carácter numérico: edad en años
Genero	Sexo del paciente obtenido de la historia clínica	Cualitativo nominal	1=masculino 0=femenino
Estado laboral	Estado laboral al momento de la entrevista	Cualitativo nominal	1=activo 2=pensionado 0=retirado
Ocupación	Oficio, arte o profesión	Cualitativo nominal	Ver anexo listado de ocupaciones
Fecha nacimiento	Fecha de nacimiento (como aparece en documento de identidad)	Cualitativo	Dd/mm/aa
Lugar de nacimiento	Sitio geográfico de nacimiento como aparece en documento de identidad o registro de historia clínica	Cualitativo nominal	País / departamento / municipio
Lugar de residencia	Sitio geográfico de residencia como aparece en documento de identidad o registro de historia clínica	Cualitativo nominal	País / departamento / municipio
Estado civil	Estado civil al momento de la entrevista	Cualitativo nominal	1=casado 2=separado 3=viudo 4= unión libre 0=soltero
Nivel educativo	Nivel educativo formal aprobado	Cualitativo ordinal	0=ninguno, 1=primaria, 2=secundaria, 3=universitario, 4=postgrado
Años de educación estudiados	Tiempo en años estudiados incluyendo reprobados.	Cuantitativo razón	Número de años
Años de educación aprobados	Tiempo en años estudiados aprobados	Cuantitativo razón	Número de años
Antecedentes patológicos	Diagnóstico de enfermedad previa manejada	Cualitativo nominal	Ver anexo de diagnósticos (cie 10)

Antecedentes quirúrgicos	Estado postoperatorio previo al estudio	Cualitativo nominal	Ver anexo de diagnósticos (cie 10)
Antecedentes traumáticos	Presencia de traumatismos en historia clínica	Cualitativo nominal	Ver anexo de diagnósticos (cie 10)
Antecedentes tóxicos	Relación de consumo en el último año al momento de realizar el estudio de sustancias	Cualitativo nominal	Alcohol, Cigarrillo, Marihuana, Hidrocarburos, Benzodiacepinas, Cocaína, Bazuco, Anfetaminas, Opioides Para todos los casos: 1= si 0 = no
Diagnósticos psiquiátricos actuales 1,2,3	Diagnóstico psiquiátrico registrados en la historia clínica	Cualitativo nominal	Ver anexo de diagnósticos
Fecha diagnóstico psiquiátrico	Fecha de diagnóstico psiquiátrico (como aparece en historia clínica)	Cualitativo	Dd/mm/aa
Fecha inicio de síntomas de TDAH	Fecha de inicio de síntomas descrito en historia clínica	Cualitativo	Dd/mm/aa
Fecha de primera valoración psiquiátrica	Fecha de primera valoración por TDAH en la historia clínica	Cualitativo	Dd/mm/aa
Tratamiento por psiquiatría infantil	Antecedente de tratamiento por la especialidad descrita	Cualitativo nominal	1= si 0 = no
Farmacológico previo	Presencia de manejo farmacológico al momento del diagnóstico por psiquiatría infantil	Cualitativo ordinal	1= si 0 = no
Farmacológico actual	Presencia de manejo farmacológico actual	Cualitativo ordinal	1= si 0 = no
Nombre de psicofármaco genérico previo	Nombre de medicación recibido en manejo en relación a diagnósticos psiquiátricos previos	Cualitativo nominal	Lista de posibles fármacos anexo
Nombre de psicofármaco genérico actual	Nombre de medicación recibida en manejo en relación diagnóstico psiquiátrico actual	Cualitativo nominal	Lista de posibles fármacos anexo
Terapia del lenguaje previa	Presencia de terapia del lenguaje al momento del diagnóstico por psiquiatría infantil	Cualitativo nominal	1= si 0 = no
Número de sesiones de terapia	Numero de sesiones	Cuantitativo	Numero de sesiones

del lenguaje previa	descritas en la hc	razón	
Terapia ocupacional previa	Presencia de terapia ocupacional al momento del diagnóstico por psiquiatría infantil	Cualitativo nominal	1= si 0 = no
Número de sesiones de terapia ocupacional previa	Numero de sesiones descritas en la hc	Cuantitativo razón	Numero de sesiones
Resultado de escala de clasificación de wender-utah	Resultado de la aplicación de la escala en adultos del estudio	Cualitativo ordinal	Ver anexo de resultados de escala

ANEXO 9. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TDAH-Psicopatología Adultos

PSICOPATOLOGIA EN PADRES DE NIÑOS CON TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN-HIPERACTIVIDAD

Usted ha sido invitado a participar en el estudio **PSICOPATOLOGIA EN PADRES DE NIÑOS CON TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN-HIPERACTIVIDAD**. Este es un proyecto de investigación a cargo de la Universidad El Bosque, que tiene como objetivo determinar la presencia de psicopatología en un grupo de adultos cuyos hijos tienen diagnóstico de Trastorno por déficit de atención-hiperactividad atendiendo a la importancia de encontrar factores que intervengan en las condiciones de crianza de estos niños y que son susceptibles de ofrecer tratamiento. Esta investigación no tendrá beneficio específico para ud, pero a nivel social tendrá beneficio dado que permitirá establecer factores que intervengan en las condiciones de crianza de estos niños.

Es importante aclarar que su participación es completamente voluntaria, de tal forma que puede decidir retirarse o continuar en cualquier momento de la investigación sin que exista ningún costo o consecuencia por esto.

Procedimientos y riesgos.

Durante el estudio será entrevistado por un médico psiquiatra, quien realizará una historia clínica completa con el fin de describir los antecedentes médicos y psiquiátricos, entre otros datos. Se entregará una escala que ud mismo contestará para confirmar la presencia o ausencia de síntomas compatibles con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, así como la escala Zung para evaluar ansiedad y depresión; y el cuestionario AUDIT para la detección de consumo de alcohol. En ningún momento ud será expuesto a algún tipo de intervención médica.

Confidencialidad de los registros.

Toda la información generada será utilizada únicamente con fines investigativos relacionados con el objetivo del estudio y no será empleada para obtener beneficios económicos. El derecho a la confidencialidad será protegido durante todas las fases de la investigación, dado que se mantendrán en completo anonimato sus datos de identificación. De tal forma que la divulgación de los hallazgos relevantes se hará de manera colectiva, manteniendo en secreto su identidad.

Costo de la participación.

Usted no recibirá ninguna retribución económica por participar en este estudio, pero los gastos que implican llegar a la entrevista estarán a su cargo. Igualmente, los miembros del grupo investigador estarán en disposición de brindarle ahora y en el futuro, cualquier información o pregunta que le surja acerca del estudio, los procedimientos y los resultados.

Este estudio ha sido aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigaciones de la Universidad El Bosque, presidido por el Dr. Jorge Ari Noriega Alvarado; cuyo contacto puede realizarse en la calle 132, 7A-85 Casa X5, tel 6489000, correo electrónico comiteetica@unbosque.edu.co.

Si tiene alguna duda puede contactar al Dr. Roberto Chaskel, Docente de la Universidad El Bosque, Bogotá D.C. Tel: 2563896, correo electrónico rchaskel@gmail.com

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TDAH-Psicopatología Adultos

PARTICIPANTE

He leído, comprendido este documento, recibido respuesta a las preguntas que he planteado y consiento en participar en este estudio.

Nombre: _____ Firma: _____

Cédula N° _____ De: _____

Ciudad: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

TESTIGOS

Nombre: _____ Firma: _____

Cédula N° _____ De: _____

Ciudad: _____ Fecha: _____

Parentesco con el participante: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____ Firma: _____

Cédula N° _____ De: _____

Ciudad: _____ Fecha: _____

Parentesco con el participante: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

INVESTIGADOR QUE SOLICITA EL CONSENTIMIENTO

Nombre: _____ Firma: _____

Ciudad: _____ Fecha: _____