



# MY ADHD STOPLIGHT TOOL

DATE \_\_\_\_\_

PATIENT'S NAME \_\_\_\_\_

NEXT VISIT \_\_\_\_\_

PROVIDER NAME/NUMBER \_\_\_\_\_

PHARMACY NAME/NUMBER \_\_\_\_\_

GREEN ZONE

I AM CALM  
AND ABLE TO  
FOCUS BETTER.



### In the Green Zone, I am:

- I can focus better.
- I am staying in control of my behavior.
- My schoolwork is neat and organized.
- I can work well in a group.
- I am taking my medication daily.

1. Medication: \_\_\_\_\_ mg  
\_\_\_\_\_ dose(s) given at \_\_\_\_\_ (time of day)

2. Medication: \_\_\_\_\_ mg  
\_\_\_\_\_ dose(s) given at \_\_\_\_\_ (time of day)

3. Medication: \_\_\_\_\_ mg  
\_\_\_\_\_ dose(s) given at \_\_\_\_\_ (time of day)

### My goals:

#### Check goals you would like to work on

- ☐ Keep doctor appointments (BRING PARENT AND TEACHER RATING FORMS TO VISITS).
- ☐ Keep a consistent, daily routine.
- ☐ Meet my parent's goals.
- ☐ Meet my teacher's goals.
- ☐ Eat healthy meals.
- ☐ Drink 6-8 cups of water everyday.
- ☐ Get 8-10 hours of sleep every night.
- ☐ Share this stoplight tool with my school teachers and nurse.
- ☐ Have an Individualized Education Plan completed for school.

### COMMON SIDE EFFECTS:

- Does not feel hungry.
- Headache.
- Trouble sleeping.
- Stomachache.

Always speak with your doctor before stopping medication and before going on summer break from school.

Discuss with your doctor before starting any new medications, over the counter cold medications or natural remedies.

YELLOW ZONE

I AM UNABLE  
TO FOCUS  
AND/OR  
CANNOT CALM  
DOWN.



### In the Yellow Zone:

- My grades are starting to drop.
- I get in trouble at school.
- I have trouble focusing.
- I have trouble sleeping and wake up often.
- I act out without thinking.

### I will use these self-care skills:

- ☐ Tell an adult, teacher, or school nurse.
- ☐ Take a short break and take deep breaths.
- ☐ Ask for extra time to complete school work.
- ☐ Have quiet time to myself.
- ☐ Continue taking daily medications as prescribed.

RED ZONE

I FEEL  
OUT OF  
CONTROL!

### In the Red Zone:

- I feel out of control or others see me as out of control.
- I keep getting in trouble.
- I refuse to follow instructions.
- My grades are getting worse.

### I will use these self-care skills:

- ☐ Tell parent or another adult.
- ☐ Leave stressful event.
- ☐ Go see a counselor or nurse at school.
- ☐ Have quiet time to myself.

### Overcoming Barriers (Check family's most common barriers to care)

Barrier:	Action point:
<input type="checkbox"/> Difficulty refilling medication	Request refill 7 days before empty & request a 90 day supply if possible
<input type="checkbox"/> Difficulty working with school	Discuss with your case manager, social worker and/or healthcare provider
<input type="checkbox"/> Difficulty taking medication	Discuss with healthcare provider and/or school nurse
<input type="checkbox"/> Do not think medication is working	Discuss with your healthcare provider
<input type="checkbox"/> Graduating from high school	Discuss plans for support systems at college with parents and doctor
<input type="checkbox"/> Stress of ADHD diagnosis for child	Find a support group to share frustrations

**CALL 911**

or go to the nearest emergency room if you have any severe side effects such as: hearing voices or thinking of harming others or yourself.

Questions? 24/7 Texas Children's Health Plan Nurse Help Line: 1-800-686-3831

Texas Children's Health Plan Behavioral Health Hotline: Medicaid/STAR: 1-800-731-8529 | CHIP: 1-800-731-8528



# PLAN DE CONTROL PERSONAL PARA MI ADHD

FECHA \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_  
PRÓXIMA CONSULTA \_\_\_\_\_  
NOMBRE Y NÚMERO DEL PROVEEDOR \_\_\_\_\_  
PHARMACY NAME/NUMBER \_\_\_\_\_

ZONA VERDE

ESTOY  
TRANQUILO  
Y ME PUEDO  
CONCENTRAR  
MEJOR.



## En la zona verde:

- Me puedo concentrar mejor
- Mi conducta permanece bajo control
- Mis tareas escolares están prolijas y organizadas
- Puedo trabajar bien en un grupo
- Tomo mis medicamentos a diario

1. Medicamento: \_\_\_\_\_ mg  
\_\_\_\_\_ dosis administrada (s) a \_\_\_\_\_ (hora)
2. Medicamento: \_\_\_\_\_ mg  
\_\_\_\_\_ dosis administrada (s) a \_\_\_\_\_ (hora)
3. Medicamento: \_\_\_\_\_ mg  
\_\_\_\_\_ dosis administrada (s) a \_\_\_\_\_ (hora)

## Mis metas:

### Marque las metas en las que desearía trabajar

- Mantener las citas con el médico (TRAER FORMAS DE CLASIFICACIÓN PARA PADRES Y MAESTROS A LAS CONSULTAS)
- Mantener una rutina diaria y constante
- Satisfacer las metas de mis padres.
- Satisfacer las metas de mi maestro.
- Comer comidas saludables
- Beber 6-8 vasos de agua todos los días
- Dormir 8-10 horas todas las noches
- Compartir esta herramienta semáforo con los docentes y la enfermera de mi escuela
- Tener un Plan Individual de Educación completado para la escuela

## EFFECTOS SECUNDARIOS COMUNES:

- No tiene apetito.
- Dolor de cabeza.
- Problemas para dormir.
- Dolor de estómago.

Siempre hable con su proveedor antes de dejar de tomar los medicamentos y antes del receso de verano de la escuela.

Hable con su proveedor antes de comenzar a tomar cualquier medicamento nuevo, medicamentos de venta libre para resfrios o remedios naturales.

ZONA AMARILLA

NO ME PUEDO  
CONCENTRAR  
Y/O NO ME PUEDO  
TRANQUILIZAR.



## En la zona amarilla:

- Mis calificaciones comienzan a bajar
- Me meto en problemas en la escuela
- Tengo dificultad para concentrarme
- Tengo problemas para dormir y me despierto con frecuencia
- Actúo sin pensar

## Utilizaré estas técnicas de cuidado personal:

- Le avisaré a un adulto, al personal docente o la enfermera de la escuela
- Tomaré un descanso breve y respiraré profundamente
- Pediré más tiempo para completar las tareas escolares
- Me tomaré un tiempo en silencio para mí mismo
- Seguiré tomando los medicamentos a diario como los recetaron

ZONA ROJA

¡ME SIENTO  
FUERA DE  
CONTROL!

## En la zona roja:

- Me siento fuera de control u otros me ven como fuera de control
- Me sigo metiendo en problemas
- Me niego a seguir instrucciones
- Mis calificaciones están empeorando

## Utilizaré estas técnicas de cuidado personal:

- Le diré a alguno de mis padres u otro adulto
- Me apartaré del hecho estresante
- Veré a un consejero o enfermera en la escuela
- Me tomaré un tiempo en silencio para mí mismo

## Superar obstáculos (Marque los obstáculos más comunes de la familia para la atención)

Obstáculo:	Punto de acción:
<input type="checkbox"/> Dificultad para resurtir mi medicamento	Solicitar surtido 7 días antes de que se termine y solicitar un suministro para 90 días de ser posible
<input type="checkbox"/> Dificultad para trabajar con la escuela	hablar con su administrador de casos, trabajador social y/o proveedor de atención médica
<input type="checkbox"/> Dificultad para tomar los medicamentos	hablar con el proveedor de atención médica y/o enfermera escolar
<input type="checkbox"/> Los medicamentos no están funcionando	Hablar con su proveedor de atención médica
<input type="checkbox"/> Graduarse de la escuela preparatoria	conversar acerca de planes para sistemas de apoyo en la universidad con los padres y el médico
<input type="checkbox"/> Estrés por diagnóstico de ADHD del menor	hallar un grupo de apoyo para compartir frustraciones

**LLAME AL 911**

o diríjase a la sala de emergencia más cercana si se produce cualquier efecto secundario grave: oye voces o está pensando en lastimarse a sí mismo o a otros.