



El Dr. Ha mucho sobre cómo usted está haciendo. Quisiéramos que usted contestara a algunas preguntas para nosotros antes de que su comienzo de la visita para ayudarnos a hablar de cómo las cosas van para usted.

¿Cualquier cosa ha sucedido siempre usted o algún otro que eran realmente asustadizos, peligrosos o violentos?

SI () NO ()

Vaya por favor a la página siguiente y cuando usted es el contestar acabado las preguntas doblan para arriba las páginas y las dan a la recepcionista. Las respuestas a todas las preguntas serán mantenidas confidenciales. Si usted no puede contestar a una pregunta particular o sentirse incómodo contestándole, por favor déjela en blanco. Complete por favor el cuestionario tan honesto como sea posible. Usted es agradable preguntar a la recepcionista si usted puede sentarse en otro sitio para la aislamiento.

Nombre del paciente: _____
 Llenado por: _____
 Fecha hoy: _____

Numero: _____
 Fecha de nacimiento: _____

Youth Pediatric Symptom Checklist 17 (Y PSC-17)

La salud física y emocional van juntas. Usted pueda ayudar al doctor/a a obtener el mejor servicio posible, contestando unas pocas preguntas acerca de usted. La información que nos de es parte de la visita de hoy.

Emotional and physical health go together. You can help the doctor provide you with the best care possible by answering these questions. The information you give us is part of today's visit.

Indique cual síntoma mejor describe a sí mismo/a:	Nunca Never	Algunas Sometimes	Seguido Veces Often
❖ Nervioso, incapaz de estarse quieto <i>Fidgety, unable to sit still</i>	0	1	2
□ Se siente triste, infeliz <i>Feel sad, unhappy</i>	0	1	2
❖ Esta muy un soñador <i>Daydream too much</i>	0	1	2
● Se rehusa a compartir <i>Refuse to share</i>	0	1	2
● No comprende los sentimientos de otros <i>Do not understand other people's feelings</i>	0	1	2
□ Se siente sin esperanzas <i>Feel hopeless</i>	0	1	2
❖ Tiene problemas para concentrarse <i>Have trouble concentrating</i>	0	1	2
● Pelea con otros niños <i>Fight with other children</i>	0	1	2
□ Se critica a sí mismo/a <i>Down on yourself</i>	0	1	2
● Culpa a otros por sus problemas <i>Blame others for your troubles</i>	0	1	2
□ Parece divertirse menos <i>Seem to be having less fun</i>	0	1	2
● No obedece las reglas <i>Do not listen to rules</i>	0	1	2
❖ Es incansable <i>Act as if driven by a motor</i>	0	1	2
● Molesta o se burla de otros <i>Tease others</i>	0	1	2
□ Se preocupa mucho <i>Worry a lot</i>	0	1	2
● Toma cosas que no le pertenecen <i>Take things that do not belong to you</i>	0	1	2
❖ Se distrae fácilmente <i>Distracted easily</i>	0	1	2

OFFICE USE ONLY

Total ❖ _____ Total ● _____ Total □ _____ Grand Total ❖ + ● + □ _____

¿Cómo está usted?

**A11+
INITIAL**

PARA LA OFICINA

Score: _____

Nombre

Varón Hembra

Fecha de nacimiento

- *** En general, ¿cree usted que tiene dificultades en alguna de las siguientes áreas: emociones, concentración, conducta, o capacidad para relacionarse con otras personas?

	No	Sí- pequeñas dificultades	Sí- claras dificultades	Sí- severas dificultades
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si ha contestado "Sí", por favor, responda a las siguientes preguntas sobre estas dificultades:

- ¿Desde cuándo tiene estas dificultades?

Menos de un mes	1-5 meses	6-12 meses	Más de un año
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- ¿Estas dificultades le preocupan o le hacen sufrir?

No	Sólo un poco	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- ¿Repercuten estas dificultades en su vida diaria en los siguientes aspectos?

	No	Sólo un poco	Bastante	Mucho
VIDA EN LA CASA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AMISTADES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APRENDIZAJE EN LA ESCUELA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACTIVIDADES DE OCIO O DE TIEMPO LIBRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- ¿Suponen estas dificultades una carga para los que están a su alrededor (su familia, amigos, profesores, etc.)?

	No	Sólo un poco	Bastante	Mucho
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma

Fecha

Muchos gracias por su ayuda