



Pues usted es el Dr. Ha has se dedican a promover el pozo social de su niño y emocional sano del desarrollo como su desarrollo físico. Quisiéramos su ayuda en ayudarnos a alcanzar esto terminando algunos cuestionarios simples. 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. El propósito del cuestionario es ayudarnos a discutir los asuntos que pueden ser importantes para el bienestar total de su niño. Cuando usted ha terminado el cuestionario por favor dóblelo para arriba y délo a la recepcionista de modo que s/he pueda darlo a su doctor a la revisión.

El depender de la edad de su niño podemos también preguntar que su niño termina un cuestionario similar de modo que s/he pueda dejarnos saber s/he está haciendo. Anime por favor a su niño que termine el cuestionario en privado de modo que s/he pueda ser tan sincero como sea posible. S/he puede solicitar para sentarse en otro sitio para la aislamiento.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Numero: \_\_\_\_\_

Llenado por: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha hoy: \_\_\_\_\_

## Pediatric Symptom Checklist 17 (PSC-17)

La salud física y emocional son importantes para cada niño. Los padres son los primeros que notan un problema de la conducta emocional o de aprendizaje. Ud. puede ayudar a su hijo a obtener el mejor cuidado del doctor por medio de contestar estas preguntas. Favor de indicar cual frase describe a su niño/a.

*Emotional and physical health go together in children. Because parents are often the first to notice a problem with their child's behavior, emotions, or learning, you may help your child get the best care possible by answering these questions. Please indicate which statement best describes your child.*

Indique cual síntoma mejor describe a su niño/a:		Nunca <i>Never</i>	Algunas <i>Sometimes</i>	Seguido Veces <i>Often</i>
❖ Nervioso, incapaz de estarse quieto <i>Fidgety, unable to sit still</i>	❖	0	1	2
□ Se siente triste, infeliz <i>Feels sad, unhappy</i>	□	0	1	2
❖ Esta muy un soñador <i>Daydreams too much</i>	❖	0	1	2
● Se rehusa a compartir <i>Refuses to share</i>	●	0	1	2
● No comprende los sentimientos de otros <i>Does not understand other people's feelings</i>	●	0	1	2
□ Se siente sin esperanzas <i>Feels hopeless</i>	□	0	1	2
❖ Tiene problemas para concentrarse <i>Has trouble concentrating</i>	❖	0	1	2
● Pelea con otros niños <i>Fights with other children</i>	●	0	1	2
□ Se critica a sí mismo/a <i>Is down on him or herself</i>	□	0	1	2
● Culpa a otros por sus problemas <i>Blames others for his or her troubles</i>	●	0	1	2
□ Parece divertirse menos <i>Seems to be having less fun</i>	□	0	1	2
● No obedece las reglas <i>Does not listen to rules</i>	●	0	1	2
❖ Es incansable <i>Acts as if driven by a motor</i>	❖	0	1	2
● Molesta o se burla de otros <i>Teases others</i>	●	0	1	2
□ Se preocupa mucho <i>Worries a lot</i>	□	0	1	2
● Toma cosas que no le pertenecen <i>Takes things that do not belong to him or her</i>	●	0	1	2
❖ Se distrae fácilmente <i>Distracted easily</i>	❖	0	1	2

¿Necesita su niño/a ayuda con problemas en el comportamiento o emocionales?  Y  No  
*Does your child need help with behavior or emotional problems?*

**OFFICE USE ONLY**

Total ❖ \_\_\_\_\_ Total ● \_\_\_\_\_ Total □ \_\_\_\_\_ Grand Total ❖ + ● + □ \_\_\_\_\_

## ¿Cómo está su hijo o hija?

**P4+**  
**INITIAL**

**PARA LA OFICINA**

Score: \_\_\_\_\_

Nombre de su hijo/a .....  Varón  Hembra

Fecha de nacimiento .....

**\*** ¿Cree usted que su hijo/a 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"/>

• ¿Cree usted que estas dificultades preocupan o causan malestar a su hijo/a?

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

• ¿Interfieren estas dificultades en la vida diaria de su hijo/a en las siguientes áreas?

	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"/>

• ¿Son estas dificultades una carga para usted o su familia?

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

Firma ..... Fecha .....

Madre / Padre / Otros (indique, por favor): .....

**Muchas gracias por su ayuda**