

Se negó a responder: \_\_\_ Sí \_\_\_ No

Español: \_\_\_ Sí \_\_\_ No

Programa: \_\_\_\_\_

Identificación de cliente: \_\_\_\_\_

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## Informe de padre/madre de la lista PSC-35

***En los niños, la salud emocional y la salud física están relacionadas. Debido a que los padres son, con frecuencia, los primeros en notar un problema en el comportamiento, las emociones o el aprendizaje de sus hijos, usted puede ayudar a que su hijo/a obtenga la mejor atención posible respondiendo estas preguntas.***

***Indique qué afirmaciones describen mejor a su hijo/a.***

|                                                   | Nunca                | A veces              | Con frecuencia       |
|---------------------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 1. Se queja de dolores y molestias                | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2. Pasa más tiempo solo/a                         | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3. Se cansa con facilidad o tiene poca energía    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4. Está inquieto/a o no puede permanecer quieto/a | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5. Tiene problemas con sus maestros               | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 6. Está menos interesado/a en la escuela          | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 7. Parece que no se le acabara la batería         | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 8. Sueña despierto/a demasiado                    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 9. Se distrae con facilidad                       | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 10. Le asustan las situaciones nuevas             | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 11. Se siente triste o desdichado/a               | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 12. Está irritable o enojado/a                    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 13. Se siente desesperanzado/a                    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 14. Tiene problemas para concentrarse             | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 15. Está menos interesado/a en sus amigos/as      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 16. Pelea con otros niños/as                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 17. No asiste a la escuela                        | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

# Informe de padre/madre de la lista PSC-35 (continuación)

|                                                        | Nunca                | A veces              | Con frecuencia       |
|--------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 18. Empeoraron sus calificaciones en la escuela        | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 19. Es muy crítico/a consigo mismo/a                   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 20. El médico no nota ningún problema en las consultas | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 21. Tiene problemas para dormir                        | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 22. Se preocupa demasiado                              | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 23. Quiere estar con los padres más que antes          | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 24. Siente que es malo/a                               | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 25. Se arriesga innecesariamente                       | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 26. Se lastima con frecuencia                          | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 27. Parece divertirse menos                            | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 28. Actúa como si fuera más pequeño/a                  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 29. No obedece las reglas                              | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 30. No demuestra sus sentimientos                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 31. No comprende los sentimientos de los demás         | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 32. Molesta a los demás                                | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 33. Culpa a los demás por sus problemas                | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 34. Toma cosas que no le pertenecen                    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 35. Se niega a compartir                               | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 36. Tiene pensamientos suicidas                        | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 37. Piensa acerca de lastimar a los demás              | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

¿Su hijo/a tiene problemas emocionales o problemas de conducta para los que necesita ayuda? \_\_\_\_Sí \_\_\_\_No

¿Hay algún servicio que desea que su hijo/a reciba para tratar estos problemas? \_\_\_\_Sí \_\_\_\_No

En caso afirmativo, ¿cuáles son estos servicios? (utilice el reverso de este formulario).

Tipo de visita: 1: Admisión; 2: En tratamiento; 3: Alta      Formulario enviado: \_\_\_\_Sí \_\_\_\_No

Formulario completado por: 1: Cliente; 2: Padre/madre; 3: Otro pariente; 4: Padre/madre adoptivo/a;

5: Personal; 6: Otro

N.º de visita: \_\_\_\_\_

¡Gracias!