

Nombre de niño(a):

Type: Pediatric Symptom Checklist SP

Fecha:

### Kern Behavioral Health and Recovery

## LISTA DE SINTOMAS PEDIATRICOS

Forma:  Inicial  Re-evaluación  Terminar  Cierre Administrativo

La salud emocional y física van juntas en los niños. Porque los padres a menudo son los primeros en notar un problema con comportamientos, las emociones o el aprendizaje de su hijo(a), puede ayudar a su hijo a obtener la mejor atención posible al responder estas preguntas.

¿Tiene su hijo la edad suficiente para ir a la escuela?  Si  No

Indique cual síntoma mejor describe a su hijo:

1. Se queja de dolores y malestares  Nunca  A veces  Seguido
2. Pasa mucho tiempo solo  Nunca  A veces  Seguido
3. Se cansa fácilmente, tiene poca energía  Nunca  A veces  Seguido
4. Es inquieto  Nunca  A veces  Seguido
5. Tiene problemas con maestros  Nunca  A veces  Seguido
6. Menos interesado(a) en la escuela  Nunca  A veces  Seguido
7. Es muy active(a), tiene mucha energía  Nunca  A veces  Seguido
8. Es muy soñador(a)  Nunca  A veces  Seguido
9. Se distrae fácilmente  Nunca  A veces  Seguido
10. Temeroso(a) de nuevas situaciones  Nunca  A veces  Seguido
11. Se siente triste, infeliz  Nunca  A veces  Seguido
12. Es irritable, enojón  Nunca  A veces  Seguido
13. Se siente sin esperanzas  Nunca  A veces  Seguido
14. Tiene problemas para concentrarse  Nunca  A veces  Seguido
15. Está menos interesado(a) en sus amistades  Nunca  A veces  Seguido
16. Pelea con otros niños(as)  Nunca  A veces  Seguido
17. Se ausenta de la escuela  Nunca  A veces  Seguido
18. Sus notas escolares están bajando  Nunca  A veces  Seguido
19. Se critica a si mismo(a)  Nunca  A veces  Seguido
20. Visita al doctor y el doctor no le encuentra nada malo  Nunca  A veces  Seguido
21. Tiene problemas para dormir  Nunca  A veces  Seguido
22. Se preocupa mucho  Nunca  A veces  Seguido
23. Quiere estar con usted más que antes  Nunca  A veces  Seguido
24. Se siente que él/ella es malo(a)  Nunca  A veces  Seguido
25. Toma riesgos innecesarios  Nunca  A veces  Seguido
26. Se lastima facilmente/frecuentemente  Nunca  A veces  Seguido
27. Parece divertirse menos  Nunca  A veces  Seguido
28. Actúa más chico que niños de su propia edad  Nunca  A veces  Seguido

Nombre de niño(a):

Fecha:

Type: Pediatric Symptom Checklist SP

29. No obedece reglas  Nunca  A veces  Seguido

30. No demuestra sus sentimientos  Nunca  A veces  Seguido

31. No comprende los sentimientos de  Nunca  A veces  Seguido

32. Molesta a otros  Nunca  A veces  Seguido

33. Culpa a otros por sus problemas  Nunca  A veces  Seguido

34. Toma cosas que no le pertenecen  Nunca  A veces  Seguido

35. Se rehusa a compartir  Nunca  A veces  Seguido

Total PSC Score (0-70): 0

36. ¿Su hijo tiene algún problema emocional, o de comportamiento, para el cual necesita ayuda?  No  Si

37. De momento, ¿su hijo se está consultando con un profesional de salud mental?  No  Si

---

### Persona ingresando información

Imprimir a fax

Descargue y envíe por correo electrónico el formulario completo a: [info@hwmcgc.org](mailto:info@hwmcgc.org)

## Padre/Guardian Forma de Información

**Por favor complete toda la información conocida.**

Nombre de Niño(a): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Persona completando esta forma: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono/celular: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Madre biológica: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Visitas: \_\_\_\_\_ (VERIFIQUE) Soltera Divorciada Casada Otro: \_\_\_\_\_

Padre biológico: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Visitas: \_\_\_\_\_ (VERIFIQUE) Soltero Divorciado Casado Otro: \_\_\_\_\_

Nombre de Madrastra: \_\_\_\_\_ Nombre de Padrastro: \_\_\_\_\_

¿Qué tiene responsabilidad legal sobre el niño? \_\_\_\_\_

Nombre de los Guardianes Legales: \_\_\_\_\_

### **Por favor diganos todos los que viven en su casa:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  Hermano/a  Cliente  Padre/Madre  Otro miembro de la familia

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  Hermano/a  Cliente  Padre/Madre  Otro miembro de la familia

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  Hermano/a  Cliente  Padre/Madre  Otro miembro de la familia

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  Hermano/a  Cliente  Padre/Madre  Otro miembro de la familia

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  Hermano/a  Cliente  Padre/Madre  Otro miembro de la familia

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  Hermano/a  Cliente  Padre/Madre  Otro miembro de la familia

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  Hermano/a  Cliente  Padre/Madre  Otro miembro de la familia

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  Hermano/a  Cliente  Padre/Madre  Otro miembro de la familia

### **ORIGEN DE REFERENCIA: ¿Quién te recomendó Child Guidance?**

Fue mi idea  Escuela  Doctor  Probacion  Corte de Familia  Otro: \_\_\_\_\_

### **PROBLEMA PRESENTE? Por favor verifique nada mas los que estan presente hoy.**

#### **Problemas de Conducta:**

Pierde temperamento  
Argumentar  
Golpea  
Fastidia  
Rechaza direcciones  
Roba  
Pelea  
Huye  
Cruel con los animales  
Cruel con la gente  
Amenaza la violencia  
Mala conducta sexual

#### **Problemas de Atencion:**

Inatento/a  
Distraido/a  
Olvidarse de las cosas  
Pobre concentracion  
Hiperactivo/a  
Azogado/a  
Interrumpe o precipita  
Impulsivo/a (actua sin pensar)

#### **Estado de Animo:**

Deprimido/a  
Sin esperanza  
Indefenso/a  
Retirado/a  
Llora frecuentemente  
Aisla con frecuencia  
Irritable  
Enojado/a  
Triste  
Ansioso/nervioso  
frecuentemente  
Pensamientos de suicidio

**¿En dónde tiene dificultades con estos problemas?**

- Escuela
  Relaciones
  Otro: \_\_\_\_\_  
 Casa
  Cuidarse a si mismo

**¿Con qué frecuencia ocurren estos problemas?**

- Mensual
  Semanal
  2-5 veces a la semana
  Diario
  Cuantas horas al día? \_\_\_\_\_

**Usando la siguiente escala, donde calificaría sus problemas ahora?**

Pobre	Justo	Bueno	Muy Bien	Excelente
1	2	3	4	5
6	7	8	9	10

**TRATAMIENTO PASADO: Historial del tratamiento previo del niño(a): (marque todos los que correspondan)**

- Ninguno
  Tratamiento para la Salud Mental
  Consejería de Drogas/Alcohol
  Hospitalización psiquiátrica para pacientes internados
  Medicación psicotrópica  
 Medicación pasada/presente: \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a a sido tratado por problemas de salud mental? (¿Cuándo, dónde, durante cuánto tiempo y cuán efectivo fue?)

¿Su hijo/a a estado en un hospital/ programa residencial por problemas de la salud mental o conducto de riesgo?

**USO DE SUSTANCIAS:**

¿Alguien en el hogar consume cafeína, tabaco, alcohol o drogas? Si es así, por favor ponga una 'x' en la caja apropiada.

	NIÑO/A	MADRE/PADRE	HERMANO/A	OTRO MIEMBRO DE LA FAMILIA
Drogas (Marijuana, RX pills, Cocaína, Heroína, Spice, etc)				
Tabaco (cigarros o masticos)				
Alcohol (cerveza, vino, etc)				
Cafeína (soda, cafe, te, bebidas de energia, etc)				

**PADRE/MADRE:** Usted piensa que su hijo(a) usa drogas/alcohol?  SI  NO  NO SE

Mi hijo(a) ha usado las siguientes drogas: \_\_\_\_\_

---

## CUIDADO MEDICO / FISICO DEL NIÑO

Doctor: Nombre/Direcion/Telefono: \_\_\_\_\_

Ultima visita medica: \_\_\_\_\_ Ultima visita dental: \_\_\_\_\_ Ultima visita de vision: \_\_\_\_\_

Vacunas del niño/a estan actualizadas? SI NO      Altura de niño(a): \_\_\_\_\_ Peso de niño(a): \_\_\_\_\_

¿El hablar/vista/ audición del niño(a) son normal? SI NO Si no, explica: \_\_\_\_\_

Lista de las preocupaciones médicas que su hijo(a) pueda tener: \_\_\_\_\_

---

## DESARROLLO DEL NIÑO(A):

Padres, ¿tuvieron el cuidado prenatal apropiado? SI NO N/A      Nacimiento peso: \_\_\_\_\_ Medida: \_\_\_\_\_

¿El niño(a) nació prematuro? Explique: \_\_\_\_\_ Método de entrega: (VERIFIQUE)      Natural      C-Section      N/A

Edad de padres cuando nacio el niño(a): **Mama:** \_\_\_\_\_ **Papa:** \_\_\_\_\_ Hubo complicaciones? Explica: \_\_\_\_\_

Exposición prenatal: \_\_\_\_\_

¿El niño/a gateo, camino, platico, y uso el baño a tiempo? SI NO N/D

---

## HISTORIA FAMILIAR, SOCIAL, CULTURAL

¿Hay algún miembro de la familia con enfermedad mental? Explique: \_\_\_\_\_

Religión/Iglesia/Tradiciones: \_\_\_\_\_      Etnicidad/Raza: \_\_\_\_\_

Preocupaciones sociales/familiares: \_\_\_\_\_

Fortalezas sociales/familiares: \_\_\_\_\_      Forma de transporte: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE EDUCACIÓN / VOCACIÓN

¿Su hijo(a) esta en la escuela/programa de entrenamiento? SI NO Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Educacion Especial? SI NO El niño/a puede leer y escribir?: SI NO

Desempeño académico: Excelente Bien Normal Mal Fallando

Asistencia: Regular Mal Otro: \_\_\_\_\_ ¿Su hijo/a a sido retenido un grado? SI NO ¿Cual grado? \_\_\_\_\_

---

Problemas de conducta:  Ninguno  Referidos  Suspensiones  Expulsiones Por favor explique: \_\_\_\_\_

Su hijo(a) esta empleado(a)? Donde? \_\_\_\_\_

**HISTORIA FINANCIERA Y LEGAL**

Lugar de empleo de los Padres/Guardianes: \_\_\_\_\_

¿Tiene un problema legal o financiero? Por favor explique: \_\_\_\_\_

Acuerdo de custodia: \_\_\_\_\_

---

¿Su hijo(a) esta en riesgo de suicidio o violencia contra otros?  SI  NO

**\*Otros comportamientos de riesgo?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Uso de drogas *completar seccion apropiada | <input type="checkbox"/> Cortando o hacerse daño          |
| <input type="checkbox"/> Comer mas/menos                            | <input type="checkbox"/> Intento de suicidio en el pasado |
| <input type="checkbox"/> En una relacion abusiva                    | <input type="checkbox"/> Otro comportamiento: _____       |

¿Su hijo(a) alguna vez ha pasado por eventos traumáticos? \_\_\_\_\_

¿Qué provoca al niño(a)? \_\_\_\_\_

¿Ha notado que especifico ayuda a calmar al niño(a)? \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna preferencia en tratamiento? \_\_\_\_\_

Por favor use este espacio para cualquier información adicional

---