

NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO(A):		Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	<b>TRABAJO USUAL DE LOS PADRES, inclusive si ahora no está trabajando.</b> (Por favor especifique — por ejemplo: Mecánico, jardinero, maestro(a), ama de casa, albañil, policía, hace changas, jomatero, vendedor(a) ambulante, profesional.) PADRE (o PADRE 1) _____ MADRE (o PADRE 2) _____
SEXO	EDAD	RAZA			
FECHA DE HOY		FECHA DE NACIMIENTO			<b>ESTE CUESTIONARIO FUE CONTESTADO POR:</b> <input type="checkbox"/> Padre o Padre 1 (Nombre y apellido) _____ <input type="checkbox"/> Madre o Padre 2 (Nombre y apellido) _____ <input type="checkbox"/> Otra persona (Nombre y relación con el/la niño(a)) _____
Día ____ Mes ____ Año ____		Día ____ Mes ____ Año ____			
GRADO ESCOLAR _____	Por favor complete este cuestionario con su opinión sobre el comportamiento de su hijo(a). Hágalo aunque usted piensa que otras personas no están de acuerdo con su opinión. Siéntase en la libertad de escribir comentarios adicionales al final de cada frase y en el espacio que se provee en la página 2.				
ESCUELA _____					

**I. ¿Cuáles son las actividades deportivas en las que más le gusta participar a su hijo(a)?**  
 Por ejemplo: natación, fútbol/balompíe, patinaje, bicicleta, baloncesto, karate, balonmano, pescar, etc.

	En comparación con otros niños(as) de su edad, ¿cuánto tiempo le dedica a cada uno de estos deportes?				En comparación con otros niños(as) de su edad, ¿cómo es él/ella en estos deportes?			
	Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás	No lo sé	Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás	No lo sé
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**II. ¿Cuáles son las actividades, los juegos o los pasatiempos favoritos de su hijo(a) además de los deportes?** Por ejemplo: video juegos, cartas, juegos de armar, jugar con muñecos(as), leer, tocar música, cantar, etc. (No incluya escuchar radio, MP3 o ver televisión).

	En comparación con otros niños(as) de su edad, ¿cuánto tiempo le dedica a cada una de estas actividades?				En comparación con otros niños(as) de su edad, ¿cómo es él/ella en estas actividades?			
	Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás	No lo sé	Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás	No lo sé
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**III. ¿Cuáles son las organizaciones, los equipos, los clubes o los grupos a los que pertenece su hijo(a)?**

	En comparación con otros niños(as) de su edad, ¿qué tan activo(a) es en cada uno de los grupos?			
	Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás	No lo sé
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**IV. ¿Qué trabajos o tareas hace su hijo(a)?**  
 Por ejemplo: cuidar de otros niños, hacer la cama, trabajar en una tienda, hacer mandados, lavar los platos, etc. (Incluya tareas o trabajos pagados y no pagados).

	En comparación con otros niños(as) de su edad, ¿cómo lleva a cabo estas tareas?			
	Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás	No lo sé
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Asegúrese que contestó todas las preguntas.**

Por favor utilizar letra de imprenta. Asegúrese que contestó todas las preguntas.

V. 1. ¿Cuántos amigos o amigas íntimos(as) tiene su hijo(a)? (No incluya a sus hermanos o hermanas.)  
 Ninguno  1  2 ó 3  4 o más

2. Sin contar las horas en que está en la escuela, ¿cuántas veces a la semana participa su hijo(a) en actividades con sus amigos(as)?  Menos de 1  1 ó 2  3 o más

VI. En comparación con otros niños o niñas de la misma edad, ¿cómo . . .

	Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás	
a. se lleva con sus hermanos y hermanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No tiene hermanos o hermanas
b. se lleva con otros niños y niñas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. se comporta con su papá y mamá?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. juega solo(a) y hace sus tareas solo(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VII. 1. Desempeño escolar.  Si su hijo(a) no está en la escuela, por favor escriba la razón. \_\_\_\_\_

Marque una respuesta para cada materia.	Fue reprobado	Por debajo del promedio	Promedio	Más alto que el promedio
a. Lectura, Español o Literatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Historia o Estudios sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Aritmética o Matemáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ciencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ¿Está su hijo(a) en una clase o escuela especial o recibe servicios especiales?  
 No  Sí - ¿En qué tipo de clase o escuela especial está? (Especifique): \_\_\_\_\_

3. ¿Ha repetido algún año?  No  Sí - ¿Qué año o años y por qué? \_\_\_\_\_

4. ¿Ha tenido su hijo(a) algún problema académico u otros problemas en la escuela?  No  Sí - por favor describa: \_\_\_\_\_

¿Cuándo empezaron estos problemas? \_\_\_\_\_

¿Han terminado estos problemas?  No  Sí - ¿Cuándo terminaron? \_\_\_\_\_

¿Padece su hijo(a) de alguna enfermedad, discapacidad física o mental?  No  Sí - por favor describa el problema: \_\_\_\_\_

¿Qué es lo que más le preocupa acerca de su hijo(a)? \_\_\_\_\_

¿Qué es lo mejor que le ve a su hijo(a)? Por favor describa: \_\_\_\_\_

Asegúrese que contestó todas las preguntas.

**Por favor escriba en letra de molde. Asegúrese que contestó todas las preguntas.**

A continuación hay una lista de frases que describen a los(las) niños(as) y jóvenes. Para cada frase que describa cómo es su hijo(a) **ahora o durante los últimos seis meses**, haga un círculo en el número **2** si la frase describe a su hijo(a) **muy cierto o cierto a menudo**. Haga un círculo en el número **1** si la frase describe a su hijo(a) **en cierta manera, algunas veces**. Haga un círculo en el **0** si la frase describe a su hijo(a) **no es cierto (que sepa usted)**. Por favor conteste todas las frases de la mejor manera posible inclusive si algunas de ellas parecen no describir a su hijo(a).

<b>0 = No es cierto (que sepa usted)</b>			<b>1 = En cierta manera, algunas veces</b>	<b>2 = Muy cierto o cierto a menudo</b>			
0	1	2	1. Actúa como si fuera mucho menor que su edad	0	1	2	32. Siente que tiene que ser perfecto(a)
0	1	2	2. Toma bebidas alcohólicas sin permiso de los padres (describa): _____	0	1	2	33. Siente o se queja de que nadie lo/la quiere
0	1	2	3. Discute mucho	0	1	2	34. Siente que los demás lo/la quieren perjudicar
0	1	2	4. Deja sin terminar lo que él/ella empieza	0	1	2	35. Se siente inferior o cree que no vale nada
0	1	2	5. Disfruta de muy pocas cosas	0	1	2	36. Se lastima accidentalmente con mucha frecuencia, propenso(a) a accidentes
0	1	2	6. Se ensucia encima o en lugares inadecuados	0	1	2	37. Se mete mucho en peleas
0	1	2	7. Es engreído(a), presumido(a)	0	1	2	38. Los demás se burlan de él/ella a menudo
0	1	2	8. No puede concentrarse o prestar atención por mucho tiempo	0	1	2	39. Se junta con niños(as)/jóvenes que se meten en problemas
0	1	2	9. Obsesiones, que quiere decir que no puede sacarse de la mente ciertos pensamientos (describa): _____	0	1	2	40. Oye sonidos o voces que no existen (describa): _____
0	1	2	10. No puede quedarse quieto(a); es inquieto(a) o hiperactivo(a)	0	1	2	41. Impulsivo(a); actúa sin pensar
0	1	2	11. Es demasiado dependiente o apegado(a) a los adultos	0	1	2	42. Prefiere estar solo(a) que con otras personas
0	1	2	12. Se queja de que se siente solo(a)	0	1	2	43. Dice mentiras o hace trampas
0	1	2	13. Está confundido(a) o parece como si estuviera en las nubes	0	1	2	44. Se muerde las uñas
0	1	2	14. Lloro mucho	0	1	2	45. Nervioso(a), tenso(a)
0	1	2	15. Es cruel con los animales	0	1	2	46. Movimientos involuntarios o tics (describa): _____
0	1	2	16. Es cruel, abusador(a), y malo(a) con los demás	0	1	2	47. Pesadillas
0	1	2	17. Sueña despierto(a), se pierde en sus propios pensamientos	0	1	2	48. No le cae bien a otros niños(as)/jóvenes
0	1	2	18. Se hace daño a sí mismo(a) deliberadamente o ha intentado suicidarse	0	1	2	49. Padece de estreñimiento
0	1	2	19. Exige mucha atención	0	1	2	50. Demasiado ansioso(a) o miedoso(a)
0	1	2	20. Destruye sus propias cosas	0	1	2	51. Se siente mareado(a)
0	1	2	21. Destruye las pertenencias de sus familiares o de otras personas	0	1	2	52. Se siente demasiado culpable
0	1	2	22. Desobedece en casa	0	1	2	53. Come demasiado
0	1	2	23. Desobedece en la escuela	0	1	2	54. Se siente demasiado cansado(a) sin razón para estarlo
0	1	2	24. No come bien	0	1	2	55. Tiene sobrepeso
0	1	2	25. No se lleva bien con otros niños(as)/jóvenes	0	1	2	56. Problemas físicos <b>sin causa médica conocida:</b>
0	1	2	26. No parece sentirse culpable después de portarse mal	0	1	2	a. Dolores o molestias (sin que sean del estómago o dolores de cabeza)
0	1	2	27. Se pone celoso(a) fácilmente	0	1	2	b. Dolores de cabeza
0	1	2	28. No respeta/rompe las reglas en casa, en la escuela, o en otro lugar	0	1	2	c. Náuseas, ganas de vomitar
0	1	2	29. Tiene miedo de ciertas situaciones, animales o lugares (no incluya la escuela) (describa): _____	0	1	2	d. Problemas con los ojos (no incluya si corregido con lentes/espejuelos) (describa): _____
0	1	2	30. Le da miedo ir a la escuela	0	1	2	e. Salpullido o irritación en la piel
0	1	2	31. Tiene miedo de que pueda pensar o hacer algo malo	0	1	2	f. Dolores de estómago
				0	1	2	g. Vómitos
				0	1	2	h. Otros (describa): _____

Por favor escriba en letra de molde. Asegúrese que contestó todas las preguntas.

0 = No es cierto (que sepa usted )

1 = En cierta manera, algunas veces

2 = Muy cierto o cierto a menudo

0	1	2	57. Ataca/agrede físicamente a otras personas	0	1	2	84. Comportamiento raro (describa): _____
0	1	2	58. Mete el dedo en la nariz, se araña la piel u otras partes del cuerpo (describa): _____	0	1	2	85. Ideas raras (describa): _____
0	1	2	59. Se toca/juega con sus partes sexuales en público	0	1	2	86. Obstinado(a), malhumorado(a), irritable
0	1	2	60. Se toca/juega demasiado con sus partes sexuales	0	1	2	87. Súbitos cambios de humor o sentimientos
0	1	2	61. Tiene bajo rendimiento en la escuela	0	1	2	88. Queda contrariado(a), pone mala cara con frecuencia
0	1	2	62. Mala coordinación o torpeza	0	1	2	89. Desconfiado(a), receloso(a)
0	1	2	63. Prefiere estar con niños(as) mayores que él/ella	0	1	2	90. Dice groserías, usa lenguaje obsceno
0	1	2	64. Prefiere estar con niños(as) menores que él/ella	0	1	2	91. Habla de querer matarse
0	1	2	65. Se rehusa a hablar	0	1	2	92. Habla o camina cuando está dormido(a) (describa): _____
0	1	2	66. Repite ciertas acciones una y otra vez; compulsiones (describa): _____	0	1	2	93. Habla demasiado
0	1	2	67. Se fuga de la casa	0	1	2	94. Se burla mucho de los demás
0	1	2	68. Grita mucho	0	1	2	95. Le dan rabietas o tiene mal genio
0	1	2	69. Reservado(a); se calla todo	0	1	2	96. Parece pensar demasiado sobre temas sexuales
0	1	2	70. Ve cosas que no existen (describa): _____	0	1	2	97. Amenaza a otros
0	1	2	71. Se cohíbe y se avergüenza con facilidad	0	1	2	98. Se chupa el dedo
0	1	2	72. Prende fuegos	0	1	2	99. Fuma, masca o inhala tabaco
0	1	2	73. Problemas sexuales (describa): _____	0	1	2	100. No duerme bien (describa): _____
0	1	2	74. Le gusta llamar la atención o hacerse el/la payaso(a), gracioso(a)	0	1	2	101. Falta a la escuela sin motivo
0	1	2	75. Demasiado tímido(a)	0	1	2	102. Poco activo(a), lento(a), o le falta energía
0	1	2	76. Duerme menos que la mayoría de los/las niños(as)/jóvenes	0	1	2	103. Infeliz, triste, o deprimido(a)
0	1	2	77. Duerme más que la mayoría de los/las niños(as)/jóvenes durante el día y/o la noche (describa): _____	0	1	2	104. Más ruidoso(a) de lo común
0	1	2	78. No presta atención o se distrae fácilmente	0	1	2	105. Usa drogas sin motivo médico ( <b>no</b> incluya alcohol o tabaco) (describa): _____
0	1	2	79. Problemas con el habla (describa): _____	0	1	2	106. Comete actos de vandalismo, como romper ventanas u otras cosas
0	1	2	80. Se queda con la mirada fija, mirando al vacío	0	1	2	107. Se orina en la ropa durante el día
0	1	2	81. Roba en casa	0	1	2	108. Se orina en la cama
0	1	2	82. Roba fuera de casa	0	1	2	109. Se queja mucho
0	1	2	83. Almacena demasiadas cosas que no necesita (describa): _____	0	1	2	110. Desea ser del sexo opuesto
				0	1	2	111. Se aísla, no se relaciona con los demás
				0	1	2	112. Se preocupa mucho
				0	1	2	113. Por favor anote cualquier otro problema que su niño(a) tenga y que no está incluido en esta lista: _____
				0	1	2	_____
				0	1	2	_____
				0	1	2	_____

POR FAVOR ASEGÚRESE QUE CONTESTÓ TODAS LAS PREGUNTAS

SUBRAYE LA PREGUNTA(S) QUE LE PREOCUPE(N)