

<b>Nombre niño/a</b>	<b>Apellidos</b>	<b>Sexo</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<b>Raza o Grupo Étnico</b>
<b>Fecha Nacimiento</b> ___/___/___	<b>Fecha Hoy</b> ___/___/___	<b>Edad</b>	<b>Curso escolar</b> ..... <input type="checkbox"/> No va a la escuela

**Trabajo habitual de los padres, incluso si ahora no están trabajando** (especifique, por ejemplo: mecánico/a, jardinero/a, maestro/a de escuela, obrero/a, zapatero/a, sargento en el ejército, amo/a de casa).

Trabajo del padre .....

Trabajo de la madre .....

**Este cuestionario fue contestado por:**

Relación con el niño/ la niña:

Padre  Madre  Abuelo/a

Otro/a: .....

Por favor, complete este cuestionario con su opinión sobre el comportamiento de su hijo/a, incluso aunque piense que otras personas no están de acuerdo con usted. Sí lo cree necesario anote comentarios adicionales al final de cada frase y en el espacio que se proporciona en la página 2. Por favor, utilice letra de imprenta.

**I. ¿Cuáles son las actividades deportivas en las que más le gusta participar a su hijo/a?**

Por ejemplo: natación, fútbol, básquet, montar en bicicleta, monopatín, pescar, etc.

Ninguna

a. \_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_

c. \_\_\_\_\_

En comparación con otros/as niños/as de su edad, ¿cuánto tiempo le dedica a cada uno de estos deportes?

	<b>Menos que los demás</b>	<b>Igual que los demás</b>	<b>Más que los demás</b>
<b>No lo sé</b>			

En comparación con otros/as niños/as de su edad, ¿cómo hace cada uno de estos deportes?

	<b>Menos que los demás</b>	<b>Igual que los demás</b>	<b>Más que los demás</b>
<b>No lo sé</b>			

**II. ¿Cuáles son las actividades, juegos o pasatiempos favoritos de su hijo/a? (No incluya deportes)**

Por ejemplo: coleccionar sellos, jugar con muñecas, leer, tocar el piano, artesanía, coches, cantar, etc. (No incluya ver TV/ oír radio).

Ninguna

a. \_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_

c. \_\_\_\_\_

En comparación con otros/as niños/as de su edad, ¿cuánto tiempo le dedica a cada una de estas actividades?

	<b>Menos que los demás</b>	<b>Igual que los demás</b>	<b>Más que los demás</b>
<b>No lo sé</b>			

En comparación con otros/as niños/as de su edad, ¿cómo hace cada una de estas actividades?

	<b>Menos que los demás</b>	<b>Igual que los demás</b>	<b>Más que los demás</b>
<b>No lo sé</b>			

**III. ¿A qué organizaciones, clubes, equipos u otros grupos pertenece su hijo/a?**

Ninguna

a. \_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_

c. \_\_\_\_\_

En comparación con otros/as niños/as de su edad, ¿en qué grado se implica en cada uno de estos grupos?

	<b>Menos activo</b>	<b>Promedio</b>	<b>Más activo</b>
<b>No lo sé</b>			

**IV. ¿Qué trabajos o tareas hace su hijo/a?**

Por ejemplo: cuidar niños/as, hacer la cama, dar clases particulares, tirar la basura, repartir pizzas, etc. (Incluya trabajos/ tareas tanto pagados como no)

Ninguna

a. \_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_

c. \_\_\_\_\_

En comparación con otros/as niños/as de su edad, ¿cómo lleva a cabo estas tareas?

	<b>Menos que los demás</b>	<b>Igual que los demás</b>	<b>Más que los demás</b>
<b>No lo sé</b>			

**Por favor, utilice letra de imprenta**

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

**2. Sin contar las horas que está en la escuela, ¿cuántas veces a la semana participa en actividades con sus amigos? (No incluir a los hermanos/as)**  Menos de 1  1 ó 2  3 ó más

VI. En comparación con otros niños/as de la misma edad, ¿cómo...	Peor que los demás	Igual que los demás	Más 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/as
b. se lleva con otros niños/as o jóvenes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. se comporta con sus padres?	<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. Rendimiento escolar**  No va al colegio por \_\_\_\_\_

Marque con una cruz en cada asignatura indicando el rendimiento de su hijo/a	Suspenseo (0-3)	Por debajo del promedio (4)	Promedio (5-6)	Por encima del promedio (7-10)
	a. Lectura, Idioma nacional, Literatura, Gramática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Historia, Ciencias Sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Matemáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras asignaturas como Tecnología, Informática, inglés, francés, etc. No incluir Religión, gimnasia, música				
d. Ciencias (física, química, biología)	<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. ¿Recibe su hijo/a algún tipo de educación especial, está en una clase o en un colegio especial?**  No  Sí – especifique en qué tipo de clase o escuela especial está:

**3. ¿Ha repetido su hijo/a algún curso?**  No  Sí – ¿Qué cursos y por qué?:

**4. ¿Ha tenido su hijo/a algún problema académico o de otro tipo en el colegio?**  No  Sí – por favor, descríballo:

¿Cuándo empezaron estos problemas?

¿Han terminado estos problemas?  No  Sí – ¿Cuándo?:

¿Tiene su hijo/a alguna enfermedad o incapacidad (física o mental)?  No  Sí – por favor, descríbala:

¿Qué es lo que más le preocupa sobre su hijo/a?

Por favor, describa los aspectos más positivos del niño/a

A continuación, hay una lista de frases que describen a los/as niños/as. Para cada frase que describe a 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 a menudo o bastante a menudo**. Haga un círculo en el número **1** si la frase describe a su hijo/a **algo o algunas veces**. Haga un círculo en el **0** si la descripción con respecto a su hijo/a **no es cierta**. Por favor, conteste todas las frases de la mejor manera posible, incluso si algunas de ellas parecen no describir a su hijo/a

**Por favor, escriba en letra de imprenta. Asegúrese de contestar todas las preguntas.**

<b>0 = No es cierto (que usted sepa)</b>			<b>1 = Algo, algunas veces cierto</b>	<b>2= Cierto muy a menudo o bastante a menudo</b>			
0	1	2	1. Se comporta como si fuera más pequeño	0	1	2	34. Cree que los demás le quieren perjudicar
0	1	2	2. Bebe alcohol sin permiso de los padres	0	1	2	35. Se siente inferior o cree que no vale nada
0	1	2	3. Discute mucho	0	1	2	36. Se hace daño con mucha frecuencia o es propenso/a a tener accidentes.
0	1	2	4. No termina las cosas que empieza	0	1	2	37. Se mete en muchas peleas
0	1	2	5. Hay muy pocas cosas que le hacen disfrutar	0	1	2	38. Los demás se burlan de él/ ella a menudo.
0	1	2	6. Hace sus necesidades fuera del váter	0	1	2	39. Va con niños/as o jóvenes que se meten en problemas
0	1	2	7. Es presumido/a, engreído/a	0	1	2	40. Oye sonidos o voces que no existen (describa):
0	1	2	8. No puede concentrarse o prestar atención durante mucho tiempo.	0	1	2	41. Impulsivo/a; actúa sin pensar.
0	1	2	9. No puede quitarse de la mente ciertos pensamientos; está obsesionado/a (describa):	0	1	2	42. Prefiere estar solo/a.
0	1	2	10. No puede estar quieto/a sentado/a, es movido/a o hiperactivo/a	0	1	2	43. Mentiroso/a o tramposo/a.
0	1	2	11. Es demasiado dependiente o apegado/a a los adultos.	0	1	2	44. Se muerde las uñas.
0	1	2	12. Se queja de que se siente solo/a	0	1	2	45. Nervioso/a, ansioso/a o tenso/a.
0	1	2	13. Está confundido/a o parece como si estuviera en las nubes.	0	1	2	46. Movimientos nerviosos o tics (describa):
0	1	2	14. Lloro mucho	0	1	2	47. Pesadillas.
0	1	2	15. Es cruel con los animales	0	1	2	48. No cae bien a otros/as niños/as o jóvenes.
0	1	2	16. Es agresivo/a, cruel o malo/a con los demás	0	1	2	49. Padece de estreñimiento.
0	1	2	17. Sueña despierto/a, se pierde en sus propios pensamientos	0	1	2	50. Demasiado ansioso/a o miedoso/a.
0	1	2	18. Se hace daño a sí mismo/a deliberadamente o ha intentado suicidarse.	0	1	2	51. Se siente mareado/a.
0	1	2	19. Exige mucha atención	0	1	2	52. Se siente culpable por cualquier cosa.
0	1	2	20. Rompe sus propias cosas	0	1	2	53. Come demasiado.
0	1	2	21. Rompe las cosas de sus familiares o de otras personas.	0	1	2	54. Se cansa demasiado
0	1	2	22. Desobedece en casa.	0	1	2	55. Tiene sobrepeso
0	1	2	23. Desobedece en la escuela				56. Problemas físicos <b>sin causa médica</b> :
0	1	2	24. No come bien	0	1	2	a. Dolores o molestias (no incluya dolor de estómago o de cabeza)
0	1	2	25. No se lleva bien con otros/as niños/as o jóvenes	0	1	2	b. Dolores de cabeza.
0	1	2	26. No parece sentirse culpable después de portarse mal	0	1	2	c. Nauseas, se siente mal.
0	1	2	27. Se pone celoso/a fácilmente	0	1	2	d. Problemas con los ojos (valórelo como 0 si usa gafas) (Describa):
0	1	2	28. Se salta las normas en casa, en la escuela y en otros lugares	0	1	2	e. Erupciones u otros problemas en la piel.
0	1	2	29. Tiene miedo a ciertas situaciones, animales o lugares diferentes de la escuela (describa):	0	1	2	f. Dolores de estómago o retorcijones.
0	1	2	30. Le da miedo ir a la escuela	0	1	2	g. Vómitos
0	1	2	31. Tiene miedo de que pueda pensar o hacer algo malo	0	1	2	h. Otros (describa):
0	1	2	32. Cree que tiene que ser perfecto/a	0	1	2	57. Ataca a otras personas físicamente
0	1	2	33. Cree o se queja de que nadie le quiere	0	1	2	58. Se mete el dedo en la nariz, se araña la piel u otras partes del cuerpo (describa):

**POR FAVOR, VERIFIQUE QUE HA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS**

**SUBRAYE LAS QUE LE PREOCUPAN**

Por favor, escriba en letra de imprenta. Asegúrese de contestar todas las preguntas.

0 = No es cierto (que usted sepa)				1 = Algo, algunas veces cierto				2= Cierto muy a menudo o bastante a menudo			
0	1	2	59. Juega con sus órganos sexuales en público	0	1	2	87. cambios repentinos de humor o sentimientos				
0	1	2	60. Juega demasiado con sus órganos sexuales	0	1	2	88. Malhumorado/a, pone mala cara.				
0	1	2	61. Trabajo deficiente en la escuela	0	1	2	89. Desconfiado/a, receloso/a.				
0	1	2	62. Mala coordinación o torpeza	0	1	2	90. Dice groserías, usa lenguaje obsceno				
0	1	2	63. Prefiere estar con niños/as o jóvenes mayores que él/ella	0	1	2	91. Habla de querer matarse.				
0	1	2	64. Prefiere estar con niños/as o jóvenes menores que él/ella	0	1	2	92. Habla o camina cuando está dormido/a (describa)				
0	1	2	65. Se niega a hablar.	0	1	2	93. Habla demasiado				
0	1	2	66. Repite ciertas acciones una y otra vez, compulsiones (describa):	0	1	2	94. Se burla de los demás o molesta mucho.				
0	1	2	67. Se fuga de casa	0	1	2	95. Tiene rabietas o mal genio.				
0	1	2	68. Grita mucho.	0	1	2	96. Piensa demasiado sobre temas sexuales.				
0	1	2	69. Muy reservado/a; se calla todo.	0	1	2	97. Amenaza a otro/as.				
0	1	2	70. Ve cosas que no existen (describa):	0	1	2	98. Se chupa el dedo.				
0	1	2	71. Se avergüenza con facilidad; tiene mucho sentido del ridículo.	0	1	2	99. Fuma tabaco.				
0	1	2	72. Prende fuegos.	0	1	2	100. No duerme bien (describa)				
0	1	2	73. Problemas sexuales (describa)	0	1	2	101. Hace novillos, falta a la escuela sin motivo.				
0	1	2	74. Le gusta llamar la atención o hacerse el gracioso/a.	0	1	2	102. Poco activo/a, lento/a o le falta energía.				
0	1	2	75. Muy tímido/a.	0	1	2	103. Infeliz, triste o deprimido/a.				
0	1	2	76. Duerme menos que la mayoría de niños/as o jóvenes.	0	1	2	104. Más ruidoso/a de lo común.				
0	1	2	77. Duerme más que la mayoría de niños/as o jóvenes.	0	1	2	105. Toma alcohol o drogas (describa):				
0	1	2	78. Desatento/a, se distrae con facilidad.	0	1	2	106. Comete actos de vandalismo, como romper ventanas u otras cosas.				
0	1	2	79. Problemas para hablar (describa):	0	1	2	107. Se orina en la ropa durante el día.				
0	1	2	80. Se queda mirando al vacío.	0	1	2	108. Se orina en la cama.				
0	1	2	81. Roba en casa.	0	1	2	109. Se queja mucho.				
0	1	2	82. Roba fuera de casa.	0	1	2	110. Desea ser del sexo opuesto.				
0	1	2	83. Almacena cosas que no necesita (describa):	0	1	2	111. Se aísla, no se relaciona con los demás.				
0	1	2	84. Comportamiento raro (describa):	0	1	2	112. Se preocupa mucho.				
0	1	2	85. Ideas raras (describa):	0	1	2	113. Por favor anote cualquier otro problema que tenga su hijo/a y que no esté incluido en esta lista:				
0	1	2	86. Tozudo/a, malhumorado/a, irritable	0	1	2	_____				
				0	1	2	_____				
				0	1	2	_____				
				0	1	2	_____				
				0	1	2	_____				

POR FAVOR, VERIFIQUE QUE HA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS

SUBRAYE LAS QUE LE PREOCUPAN