

Does the client have a caregiver involved in treatment? Yes No

PEDIATRIC SYMPTOM CHECKLIST **PSC-35**

Child's Name:	DOB:	Gender:	Race/Ethnicity:
MRN:			
Caregiver (s):			
Assessor:		Date of Assessment (dd/mm/yyyy):	
Form Status: <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Reassessment <input type="checkbox"/> Discharge <input type="checkbox"/> Administrative Close <input type="checkbox"/> Urgent			

La salud física y emocional van juntas en los niños. Los padres son usualmente los primeros en notar un problema de comportamiento, emocional o de aprendizaje en los niños. Usted puede ayudar a su hijo(a) a obtener la mejor ayuda contestando las siguientes preguntas.

Indique cual síntoma mejor describe a su hijo:

NUNCA A VECES SEGUIDO

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

31.No comprende los sentimientos de otros			
32.Molesta a otros (Teases others)			
33.Culpa a otros por sus problemas			
34.Toma cosas que no le pertenecen			
35.Se rehusa a compartir			

Total score _____

¿Su hijo/a tiene algun problema emocional, o de comportamiento, para el cual necesita ayuda? Δ No Δ Sí

¿Hay algún servicio que a usted le gustaría que su hijo/a recibiera para tratar estos problemas? Δ No Δ Sí

En caso afirmativo, ¿qué servicios? _____