

PACIENTE/PATIENT: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento/DOB: \_\_\_\_\_

COMPLETADO POR/FILLED OUT BY: \_\_\_\_\_ FECHA/DATE: \_\_\_\_\_

### Lista de Síntomas Pediátricos (Pediatric Symptom Checklist – PSC 17)

La salud física y emocional son importantes para cada niño. Los padres son los primeros que notan un problema de la conducta emocional o del aprendizaje de su hijo(a). Ud. puede ayudar a su hijo(a) a obtener el mejor cuidado de su doctor por medio de contestar estas preguntas. Favor de indicar cual frase describe a su hijo(a).

Indique cual síntoma mejor describe a su hijo/a:	Nunca	Algunas Veces	Frecuentemente
◆ Es inquieto(a) , incapaz de sentarse tranquilo(a)	0	1	2
■ Se siente triste, infeliz	0	1	2
◆ Sueña despierto demasiado	0	1	2
● Se niega a compartir	0	1	2
● No comprende los sentimientos de otros	0	1	2
■ Se siente sin esperanzas	0	1	2
◆ Tiene problemas para concentrarse	0	1	2
● Pelea con otros niños	0	1	2
■ Se siente mal de sí mismo(a)	0	1	2
● Culpa a otros por sus problemas	0	1	2
■ Parece divertirse menos	0	1	2
● No obedece las reglas	0	1	2
◆ Es muy activo(a), tiene mucha energía	0	1	2
● Molesta o se burla de otros	0	1	2
■ Se preocupa mucho	0	1	2
● Toma cosas que no le pertenecen	0	1	2
◆ Se distrae fácilmente	0	1	2

**SOLO PARA USO DE OFICINA**

Total ◆ \_\_\_\_\_ Total ● \_\_\_\_\_ Total ■ \_\_\_\_\_ ◆ + ● + ■ \_\_\_\_\_

