

Nombre: _____

Fecha: _____

KRIST SAMARITAN COUNSELING CENTER

Detector de Síntomas de Niños / Adolescentes

Cada calificación debe considerarse en el contexto de lo que es apropiado para la edad de su hijo. Responda a todas las afirmaciones lo mejor que pueda, incluso si algunas parecen no preocupar a su hijo.

Las siguientes preguntas se relacionan con las experiencias de su hijo en los *últimos 6 meses*.

	Nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
No presta atención a los detalles ni comete errores por descuido, por ejemplo.				
Tiene dificultad para mantener la atención en lo que se necesita hacer				
No parece escuchar cuando se habla directamente				
No cumple con las instrucciones dadas y no finaliza las actividades (no por rechazo o falta de comprensión)				
Has difficulty organizing tasks and activities				
Evita, le disgusta o no quiere iniciar tareas que requieren esfuerzo mental				
Pierde las cosas necesarias para tareas o actividades (juguetes, tareas, lápices o libros)				
Se distrae fácilmente por ruidos u otros estímulos				
Es olvidadizo en actividades diarias				

	Excelente	Por encima de la media	Promedio	Un poco de un problema	Problemática
Rendimiento general de la escuela					
Lectura					
Escritura					
Matemáticas					
Relación con los padres					
Relación con hermanos					
Relación con compañeros					
Participación en actividades organizadas (e.g., equipos)					

	Nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
Juega con las manos o pies o se retuerce en el asiento				
Se espera que el asiento de hojas cuando permanecer sentados				
Corre sobre o sube demasiado cuando se espera permanecer sentados				
Tiene dificultad para jugar o para comenzar actividades de				

juego tranquilo				
Está "en movimiento" o actúa a menudo como si "impulsado por un motor"				
Habla demasiado				
Arroje respuestas antes de que se han completado las preguntas				
Tiene dificultad para esperar su turno				
Interrumpe o se entromete en conversaciones o actividades de otros				
	Nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
Discute con adultos				
Pierde paciencia				
Activamente desafía o se niega a ir junto con las solicitudes o reglas de adultos				
Molesta deliberadamente a personas				
Culpa a otros de sus errores o malas conductas				
Es susceptible o fácilmente molesto por otros				
Está enojado o resentido				
Es rencoroso y quiere vengarse				
Matones, amenaza o intimida a otros				
Inicia peleas físicas				
Miente para salir de problemas o para evitar obligaciones (es decir, engañando a otros)				
Está ausente de la escuela (escuela de Salta) sin permiso				
Es físicamente cruel con las personas				
Ha robado las cosas que tienen valor				
Deliberadamente destruye la propiedad de otros				
Ha utilizado un arma que puede causar daños graves (palo, cuchillo, ladrillo, pistola)				
Es físicamente cruel con animales				
Ha provocado incendios deliberadamente para causar daños.				
Ha irrumpido en el hogar, negocio o automóvil de otra persona.				
Se ha quedado fuera por la noche sin permiso.				
Ha huido de casa durante la noche				
Ha forzado a alguien a la actividad sexual				

En las *últimas 2 semanas*, ¿con qué frecuencia le han molestado a su hijo los siguientes problemas?

	De ningún modo	Algunas veces	Bastante	Mucho	Todo el tiempo
Se queja de dolores de estómago					
Pone mala cara, malhumorado					
Parece feliz					
Incapaz de decidirse					
Llora mucho					

Se mueve lentamente					
Se queja de dolores de cabeza					
Demuestra en hablar muy lento					
Pasa más tiempo con adultos.					
Habla mucho					
Pasa tiempo solo en su cuarto					
Despreocupado					
Se critica a sí mismo					
Le hace difícil dejar a los padres					
Disfruta de nuevas situaciones					
Olvidadizo					
Fácilmente frustrado					
	De ningún modo	Algunas veces	Bastante	Mucho	Todo el tiempo
Se cansa fácilmente					
Se enoja					
Hostil a los demás					
Resentido					
Problemas intestinales					
Alegre en la naturaleza					
Nasuea o vómitos					
Arrebatos de temperamento					
Apariencia limpia					
Pensamientos suicidas					
Come mal					
Se duerme bien					
Se niega a ir a la escuela					
Sale de la escuela					
Malhumor, irritable					
Habla sobre el miedo a que los padres mueran.					
Trabaja en tareas con entusiasmo.					
Duerme toda la noche					
Despierta en la mañana antes de lo necesario.					
Necesita ayuda de adultos.					
Generalmente muy extrovertido					

Lea cada frase y decida qué tan cierta es la declaración para su hijo. Seleccione la respuesta que mejor describa a su hijo durante los *últimos 3 meses*.

	No es verdad o casi nunca es verdad	Algo cierto o a veces cierto	Muy cierto o a menudo cierto
Cuando mi hijo se siente asustado, le hace difícil respirar			

Mi hijo tiene dolores de cabeza cuando él / ella está en la escuela			
A mi hijo no le gusta estar con personas que no conoce bien			
Mi hijo se asusta si duerme lejos de casa			
A mi hijo le preocupa que a otras personas les guste.			
Cuando mi hijo se asusta, tiene ganas de desmayarse			
Mi hijo esta nervioso			
Mi hijo me sigue donde quiera que vaya			
People tell me that my child looks nervous			
La gente me dice que mi hijo se ve nervioso.			
Mi hijo tiene dolor de estómago en la escuela			
	No es verdad o casi nunca es verdad	Algo cierto o a veces cierto	Muy cierto o a menudo cierto
Cuando mi hijo se frustra, siente que se está volviendo loco			
Mi hijo se preocupa por dormir solo			
Mi hijo se preocupa por ser tan bueno como otros niños			
Cuando mi hijo se asusta, siente que las cosas no son reales.			
Mi hijo tiene pesadillas sobre algo malo que les está sucediendo a sus padres.			
Mi hijo se preocupa por ir a la escuela			
Cuando mi hijo se asusta, su corazón late rápido.			
Mi hijo se pone tembloroso			
Mi hijo tiene pesadillas sobre algo malo que le está sucediendo.			
Mi hijo se preocupa por las cosas que si le salgan bien.			
Cuando mi hijo se asusta, suda mucho			
Mi hijo se preocupa mucho			
Mi hijo se asusta mucho sin ninguna razón.			
Mi hijo tiene miedo de estar solo en la casa.			
Es difícil para mi hijo hablar con personas que él / ella no conoce bien			
Cuando mi hijo se asusta, siente que se está ahogando			
La gente me dice que mi hijo se preocupa demasiado			
A mi hijo no le gusta estar lejos de su familia			
Mi hijo tiene miedo de tener ataques de ansiedad (o pánico)			
A mi hijo le preocupa que algo malo les pueda			

pasar a sus padres.			
Mi hijo se siente tímido con las personas que no conoce bien			
Mi hijo se preocupa por lo que va a pasar en el futuro			
Cuando mi hijo se asusta, tiene ganas de vomitar			
Mi hijo se preocupa por lo bien que hace las cosas			
Mi hijo tiene miedo de ir a la escuela			
Mi hijo se preocupa por cosas que ya han sucedido.			
	No es verdad o casi nunca es verdad	Algo cierto o a veces cierto	Muy cierto o a menudo cierto
Cuando mi hijo se asusta, se siente mareado.			
Mi hijo se siente nervioso cuando está con otros niños o adultos y tiene que hacer algo mientras lo mira (por ejemplo, leer en voz alta, hablar, jugar, jugar un deporte)			
Mi hijo se siente nervioso cuando asiste a fiestas, bailes o cualquier lugar donde haya personas que no conozca bien.			
Mi hijo es tímido			

Por favor responda a cada pregunta lo mejor que pueda

	Si	No
¿Tiene su hijo pensamientos u obsesiones sobre las cuales no puede dejar de pensar? Las obsesiones son pensamientos, ideas o imágenes que siguen llegando a la mente de su hijo aunque no quiera que lo hagan.		
¿Tiene su hijo compulsiones o hábitos que no pueden dejar de hacer? Las compulsiones son cosas que su hijo siente que tiene que hacer, aunque puede saber que no tienen sentido.		

¿Alguna vez su hijo ha experimentado alguno de los siguientes eventos traumáticos: desastre natural (por ejemplo, inundación, huracán, tornado, terremoto), incendio, explosión o accidente industrial; accidente de transporte (por ejemplo, accidente automovilístico, accidente aéreo); asalto físico (por ejemplo, ser atacado, golpeado); agresión sexual (por ejemplo, violación, intento de violación, forzado para realizar cualquier tipo de acto sexual a través de la fuerza o amenaza de daño); cautiverio o exposición a una zona de guerra; enfermedad o lesión que amenaza la vida; muerte repentina e inesperada o lesión de alguien cercano a ellos; o lesiones graves, daños o muerte a otra persona que presenció o causó?		
---	--	--

¿Su hijo ha tenido alguna experiencia inusual como escuchar voces, ver visiones, tener ideas que luego descubrieron que no eran ciertas, lectura de la mente, pensamientos de ESP controlados por otros o ver cosas en la televisión que piensan que se refieren a ellos específicamente?		
---	--	--

¿Le preocupa que su hijo haya estado tomando alcohol?		
¿Le preocupa que su hijo haya estado usando marihuana, drogas ilegales o medicamentos recetados por razones no médicas?		

Por favor responda a cada pregunta lo mejor que pueda.

	Si	No
¿Le preocupa el nivel general de desarrollo de su hijo?		
¿Le preocupa el desarrollo de su hijo en el área del hablar y el lenguaje?		
¿Le preocupa el desarrollo del aprendizaje de su hijo en las áreas de matemáticas, lectura, etc.?		
¿Ha tenido su hijo problemas con las interacciones sociales (por ejemplo, contacto visual, reciprocidad social, hacer y mantener amigos); comunicaciones sociales (por ejemplo, retrasos en el lenguaje, incapacidad para iniciar o mantener una conversación, echoalía); o patrones de comportamiento, intereses y actividades repetitivas y estereotipadas restringidas (por ejemplo, aleteo de manos o dedos, juego rígido, perseverante)?		
¿Ha tenido su hijo algún problema con la enuresis (orinarse en la cama)?		
¿Ha tenido su hijo algún problema con la encopresis (incontinencia fecal)?		

Clinician use only

1 = positive 0 = negative -1 = not enough questions were answered to determine a result

ADHD- I=	_____	Vanderbilt Parent ADHD-I =	_____
ADHD-H =	_____	Vanderbilt Parent ADHD-H =	_____
ADHD-C =	_____	Vanderbilt Parent ADHD-C =	_____
ODD =	_____	Vanderbilt Parent ODD =	_____
CD =	_____	Vanderbilt Parent CD =	_____
DEP =	_____	Vanderbilt Parent Anx/Dep =	_____
ANX =	_____	Vanderbilt Parent Performance =	_____
Panic/Somatic =	_____	Vanderbilt Parent Avg Performance Score =	_____
GAD =	_____	SCARED-Parent Total =	_____
Sep Anx =	_____	SCARED-Parent Panic/Somatic =	_____
Sch Avd =	_____	SCARED-Parent GAD =	_____
OCD =	_____	SCARED-Parent Sep Anx =	_____
Trauma =	_____	SCARED-Parent Social Anx =	_____
Psych =	_____	SCARED-Parent Sch Avd =	_____
Alch =	_____	HDCL-C =	_____
Drug =	_____		
Dev =	_____		
ASD =	_____		
Enuresis =	_____		
Encopresis =	_____		