

Por favor, ponga una cruz en el cuadro que usted cree que corresponde a cada una de las preguntas: No es cierto, Un tanto cierto, Absolutamente cierto. Nos sería de gran ayuda si respondiese a todas las preguntas lo mejor que pudiera, aunque no esté completamente seguro/a de la respuesta, o le parezca una pregunta rara. Por favor, responda a las preguntas basándose en el comportamiento de su hijo/a durante los últimos seis meses.

Nombre de su hijo/a

Varón/Mujer

Fecha de nacimiento.....

| | No es cierto | Un tanto cierto | Absolutamente cierto |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Es inquieto/a, hiperactivo/a, no puede permanecer quieto/a por mucho tiempo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o de náuseas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Comparte frecuentemente con otros niños/as chucherías, juguetes, lápices, etc | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Frecuentemente tiene rabietas o mal genio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto/a o preocupado/a | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido, disgustado, o enfermo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Está continuamente moviéndose y es revoltoso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tiene por lo menos un/a buen/a amigo/a | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pelea con frecuencia con otros niños/as o se mete con ellos/ellas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se siente a menudo infeliz, desanimado o lloroso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Por lo general cae bien a los otros niños/as | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Es nervioso/a o dependiente ante nuevas situaciones, fácilmente pierde la confianza en sí mismo/a | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trata bien a los niños/as más pequeños/as | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A menudo miente o engaña | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Los otros niños/as se meten con él/ella o se burlan de él/ella | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros, otros niños/as) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Piensa las cosas antes de hacerlas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se lleva mejor con adultos que con otros niños/as | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Termina lo que empieza, tiene buena concentración | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

¿Tiene usted algún comentario o preocupación en particular que quiera plantear?

Por favor, vuelva usted la página, hay más preguntas

¿Cree usted que su hijo/a tiene dificultades en alguna de las siguientes áreas:
emociones, concentración, conducta o capacidad para relacionarse con otras personas?

| No | Si- pequeñas dificultades | Si- claras dificultades | Si- severas dificultades |
|--------------------------|---------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si ha contestado "Sí", por favor responda a las siguientes preguntas sobre estas dificultades:

• ¿Desde cuándo tiene estas dificultades?

| Menos de un mes | 1-5 meses | 6-12 meses | Más de un año |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

• ¿Cree usted que estas dificultades preocupan o causan malestar a su hijo/a?

| No | Sólo un poco | Bastante | Mucho |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

• ¿Interfieren estas dificultades en la vida diaria de su hijo/a en las siguientes áreas?

| | No | Sólo un poco | Bastante | Mucho |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| VIDA EN LA CASA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| AMISTADES | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| APRENDIZAJE EN LA ESCUELA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ACTIVIDADES DE OCIO O DE TIEMPO LIBRE? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

• ¿Son estas dificultades una carga para usted o su familia?

| No | Sólo un poco | Bastante | Mucho |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Firma

Fecha

Madre/padre/otros (indique, por favor:)

Muchas gracias por su ayuda