DOERNBECHER CHILDREN'S Hospital
OHSU

Bienvenido al Child Development and Rehabilitation Center y al Doernbecher Children's Hospital de OHSU

Nos enorgullece que nos haya elegido para que atendamos a su hijo. Nuestro objetivo es darle atención de la mejor calidad de manera respetuosa y oportuna.

En la página siguiente, ofrecemos una lista de los documentos que debe conseguir para ayudarnos con la evaluación de su hijo.

Necesitamos que devuelva todos los documentos requeridos para poder colocar a su hijo en una lista de espera para una consulta. Envíe los documentos por correo postal, fax o correo electrónico a nuestra oficina tan pronto como sea posible:

OP17A - OHSU Health Information Management
Oregon Health & Science University
P3181 SW Sam Jackson Park Rd
Portland, OR 97329-9745
Fax: (503) 494-4447
Correo electrónico: eugenereferrals@ohsu.edu

Si tiene alguna pregunta o problema para completar estos formularios, o necesita esta información en otro idioma, llame al 877-346-0640.

Utilice tinta negra en todos los formularios, haga una copia de todos los documentos que envíe por correo y siempre guarde los originales.

Gracias por su tiempo y esfuerzo para completar y devolver el paquete. Será un placer colaborar con usted y su familia.

Si necesita esta información en otro idioma, llame al 877-346-0640.

DOERNBECHER CHILDREN'S Hospital
OHSU

CHILD DEVELOPMENT AND REHABILITATION CENTER

Paquete de admisión

Necesitamos que consiga los siguientes documentos antes de que podamos colocarlo en la lista de espera para una cita. **Si necesita ayuda o necesita esta información en otro idioma, llame al 503-346-0640.**

Haga una copia de todos los documentos que envíe por correo y siempre guarde los originales. Complete todos los formularios con tinta NEGRA.

Documentos que debe conseguir:

- ☐ Child Development and Rehabilitation Center de OHSU, Historia médica del paciente.
- ☐ Escala de evaluación de Vanderbilt del NICHQ, informe de los padres.
- ☐ Llame al registro de pacientes al 503-494-8505 para configurar o actualizar la cuenta del paciente con OHSU. Tenga a mano la información del seguro cuando llame.

Documentos que debe pedir a la escuela:

Se adjunta un formulario de revelación de información si quiere que la escuela nos envíe esta información directamente.

- ☐ Cuestionario para el maestro
- ☐ La Escala de Evaluación Vanderbilt del NICHQ, informe del maestro
  La debe completar un maestro, terapeuta, proveedor de cuidado infantil o visita en casa.

Si su hijo tiene un Plan de Educación Individualizado (IEP) o un Plan 504, incluya también:

- ☐ Copia del Plan de Educación Individualizado (IEP) o documentación del Plan 504 (si corresponde)
- ☐ Copia de las pruebas más recientes o pruebas de elegibilidad para educación especial (si corresponde)

Otra información *(opcional)*:

- ☐ Considere incluir copias de cualquier prueba anterior relacionada con el aprendizaje, lenguaje, habilidades sensoriales/motoras o comportamiento O notas recientes de la evolución por parte de los proveedores de intervención actuales.

Envíe el paquete por correo al:

OP17A - OHSU Health and Information Management
Oregon Health and Science University
3181 SW Sam Jackson Park Road
Portland, OR 97239-9745

También puede enviar los documentos por fax o correo electrónico al:

Fax: 503-346-6918
Correo electrónico: eugenereferrals@ohsu.edu

DOERNBECHER CHILDREN'S Hospital
OHSU

Child Development and Rehabilitation Center de OHSU
Historia médica del paciente

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Completar en todas las páginas

Complete este formulario con toda la información posible. Use otras hojas si es necesario.

Su nombre: _____ Fecha: _____

Relación con el niño: _____ ¿Quién es el tutor legal del niño? _____

¿Cómo le gusta a su hijo que lo llamen? _____

1. ¿Qué es lo que más le preocupa?
2. ¿Cuándo comenzaron estas preocupaciones?
3. ¿Qué pruebas o tratamientos le han hecho a su hijo en relación con estas preocupaciones?
4. ¿Qué le dieron (incluyendo medicamentos) para ayudarlo?
5. ¿Cuáles son las fortalezas de su hijo?
6. ¿Cuáles son sus expectativas para esta consulta?

Medicamentos, dieta y otras necesidades de atención médica actuales

Liste todos los medicamentos (recetados y de venta sin receta) que esté tomando su hijo ahora.
(Use otras hojas si es necesario)

¿Toma el niño algún complemento multivitamínico? ☐ Sí ☐ No ¿Toma el niño fluoruro? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene el niño una dieta especial? (explique)

Otras necesidades de atención médica (atención por traqueotomía, sonda gástrica, colostomía, etc.):

¿Se le hizo al niño una prueba de la vista el año pasado?: ☐ Sí ☐ No
Resultados: ☐ Satisfactorios ☐ No satisfactorios (explique)

¿Se le hizo al niño una prueba de la audición el año pasado?: ☐ Sí ☐ No
Resultados: ☐ Satisfactorios ☐ No satisfactorios (explique)

¿Tiene las vacunas al día? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

Alergias (enumere): ☐ Medicamentos ☐ Comida ☐ Otros

DOERNBECHER CHILDREN'S Hospital
OHSU

Child Development and Rehabilitation Center de OHSU
Historia médica del paciente

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Completar en todas las páginas

Embarazo e historia de nacimiento

Edad de la madre al momento del nacimiento del bebé: _____

¿Cuántas veces estuvo embarazada la madre? _____

¿Qué número de embarazo es este bebé? _____

¿La madre tuvo algún aborto espontáneo o interrumpió algún embarazo?
☐ Sí ☐ No ☐ No sé

La atención prenatal empezó en el _____ mes de embarazo

Durante el embarazo, la madre tuvo:	Sí	No	No sé
Sangre RH negativo			
Diabetes			
Presión alta			
Toxemia durante el embarazo			
Sangrado o manchado vaginal			
Infección en la vejiga o en los riñones			
Dolores de parto o calambres aparte de los de parto			
Fiebre alta/Enfermedad similar a la gripe			
Infección vaginal			
Ruptura de membrana más de 24 horas antes del parto			
☐ Demasiado o ☐ muy poco líquido amniótico			
La madre tomó medicamentos recetados (explique):			
La madre fumó cigarrillos			
La madre bebió alcohol			
La madre consumió drogas recreativas/ilegales (explique):			
La madre sufrió un trauma emocional o estrés considerable			
Otras enfermedades/complicaciones graves durante el embarazo (explique):			

Parto	Sí	No	No sé
Parto inducido			
Duración del trabajo de parto: _____ horas			
☐ Se usaron fórceps o ☐ parto con ventosa			
El bebé nació de nalgas o con los pies primero			
Parto por cesárea			
Fue difícil lograr que el bebé respirara			
Gemelos o parto múltiple			
☐ Bebé prematuro; semana en la que nació: _____ ☐ Bebé tardío; semana en la que nació: _____			
Peso al nacer: _____ Talla: _____			
Puntuación de Apgar (si la conoce): 1 minuto: _____ 5 minutos: _____			
Otras complicaciones (explique):			

Después del parto el bebé tuvo:	Sí	No	No sé
Dificultad respiratoria grave			
Infecciones			
Ictericia			
Alimentación por vía intravenosa o por sonda			
Dificultad para establecer la alimentación			
Ataques o convulsiones			
Anomalías congénitas (explique):			
Necesitó permanecer en una unidad de cuidados intensivos			
Al bebé se le dio el alta cuando tenía _____ días			
Otras preocupaciones (explique):			

DOERNBECHER CHILDREN'S Hospital
OHSU

Child Development and Rehabilitation Center de OHSU
Historia médica del paciente

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Completar en todas las páginas

En los primeros seis meses de vida:	Sí	No	No sé
Fue difícil alimentar al bebé			
El bebé aumentó poco de peso			
El bebé parecía tener demasiado sueño o estar demasiado cansado para comer			
El bebé parecía "flojo" o se observó que tenía tono bajo			
El bebé tenía muchos vómitos o demasiada regurgitación			
El bebé tuvo convulsiones			
Otras enfermedades/complicaciones graves (explique):			

Revisión de los sistemas (todas las edades)

Ojos, oídos, nariz, boca y garganta	Sí	No	No sé
Preocupaciones relacionadas con la vista o los ojos			
Usa anteojos			
Tiene ojo vago o dificultad muscular ocular			
Preocupaciones relacionadas con la audición			
Usa audífonos o tiene un implante coclear			
Tiene infecciones de oído frecuentes			
Preocupaciones relacionadas con los dientes			
Dificultades para masticar o tragar			
Se ahoga o tiene arcadas durante la alimentación			
Dolores de garganta o amigdalitis frecuentes			
Otras preocupaciones (explique):			

Piel	Sí	No	No sé
Eccema o urticaria			
Otra condición de la piel (explique):			

Sistema cardiorrespiratorio (corazón/pulmones)	Sí	No	No sé
Rinitis alérgica o asma			
Tos crónica			
Dificultad para respirar			
Neumonía			
Soplo o anomalía congénita del corazón			
Presión alta			
Otras preocupaciones (explique):			

Zona abdominal (estómago/intestinos)	Sí	No	No sé
Dolor abdominal			
Falta de apetito (selectivo con la comida)			
Regurgitación frecuente después de comer			
Episodios de vómitos			
Estreñimiento frecuente			
Diarrea frecuente			
Come objetos no comestibles (tierra, pintura)			
Hepatitis o ictericia después de 1 mes de edad			
Otras preocupaciones (explique):			

DOERNBECHER CHILDREN'S Hospital
OHSU

Child Development and Rehabilitation Center de OHSU
Historia médica del paciente

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Completar en todas las páginas

Genitales/Vías urinarias	Sí	No	No sé
Moja la cama			
Anomalías en: ☐ el pene/los testículos ☐ la vagina/los genitales femeninos			
Infección renal o de las vías urinarias			
Dificultad para orinar			
Accidentes urinarios durante el día			
En el caso de las niñas, ¿ya menstrúa?			
En el caso de las niñas, ¿tiene dificultades con la menstruación? (explique):			
Otras preocupaciones (explique):			

Músculos y estructura ósea	Sí	No	No sé
Displasia o luxación de cadera			
Deformidad en un pie o en una pierna			
Escoliosis u otra deformidad de la espalda			
Dolores recurrentes en las piernas o en la espalda			
Fracturas (explique):			
Tardó en caminar o tiene retraso en las habilidades motrices			
El paciente se tropieza y se cae con frecuencia			
Calambres musculares frecuentes			
Otras preocupaciones (explique):			

Sistema nervioso	Sí	No	No sé
Dolores de cabeza frecuentes			
Convulsiones o ataques			
Ausencias epilépticas			
Tics musculares, espasmos incontrolables			

	Sí	No	No sé
Lesión grave en la cabeza o pérdida del conocimiento (explique):			
Otras preocupaciones (explique):			

Hospitalizaciones	
Motivos de la hospitalización:	Fecha:
Motivos de la hospitalización:	Fecha:
Motivos de la hospitalización:	Fecha:

Procedimientos quirúrgicos	
Procedimiento:	Fecha:
Procedimiento:	Fecha:
Procedimiento:	Fecha:

Mencione otras evaluaciones médicas que le hayan hecho al niño (por ejemplo, pruebas neurológicas, MRI, EEG, pruebas genéticas o pruebas gastroenterológicas, etc.)	
Procedimiento:	Fecha:
Procedimiento:	Fecha:
Procedimiento:	Fecha:

DOERNBECHER CHILDREN'S Hospital
OHSU

Child Development and Rehabilitation Center de OHSU
Historia médica del paciente

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Completar en todas las páginas

Desarrollo (edad en la que se logró)	Años	Meses	No sé
Se volteó solo			
Pudo sentarse sin apoyo			
Aprendió a gatear			
Caminó solo			
Aprendió a subir las escaleras			
Aprendió a andar en triciclo			
Aprendió a pasear en bicicleta			
Comenzó a balbucear (sonidos como "baba" o "dada")			
Jugó a "¿Dónde está el bebé?" o al juego de las palmaditas			
Señaló para indicar lo que quería			
Dijo otras primeras palabras distintas de "mamá" y "papá"			
Dijo frases de 2 o 3 palabras			
Usó frases			
Contó historias/Relató hechos			
Aprendió a ir al baño durante el día			
No mojó el pañal durante la noche			

Habla y lenguaje	Sí	No	No sé
Retrasos en el habla (sonidos)/ lenguaje (palabras)			
La voz suena diferente a la de otros niños			
Produce sonidos de forma incorrecta			
La familia no comprende cuando habla			
Otras personas no comprenden cuando habla			
¿Se hablan otros idiomas en la casa?			
Si se hablan otros idiomas en la casa, ¿cuál entiende más el niño? _____ ¿Cuál es el que más habla? _____			

Actividades de la vida diaria	Sí	No	No sé
Puede beber de la taza sin derramar			
Puede usar la cuchara sin derramar			
Se pone la camisa y los pantalones sin ayuda			
Va al baño sin ayuda			
Se baña o se ducha sin ayuda			

Conducta	Sí	No	No sé
El niño se irrita con frecuencia			
El niño tiene rabietas frecuentes			
El niño es demasiado activo			
El niño es inmaduro, actúa como un niño más pequeño			
El niño no juega bien con otros			
El niño tiene una sensibilidad inusual a los sonidos, a las texturas, al tacto o a las comidas			
El niño busca cosas para tocar, se mueve de forma excesiva o inusual, se pone objetos en la boca o come objetos no comestibles			
Otras preocupaciones (explique):			

Sueño	Sí	No	No sé
Ronquidos fuertes			
Largas pausas respiratorias durante el sueño			
Dificultad para conciliar el sueño			
Se despierta durante la noche/Tiene problemas para permanecer dormido			
Pesadillas/Terror nocturno			
Otras preocupaciones (explique):			

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Completar en todas las páginas

Historia familiar/social *(complete cada campo y mencione a todos sus familiares)*

☐ **Marque la casilla si el niño es adoptado, e indique el país de origen: _____ y la edad en el momento de la adopción: _____**

Nombre (agregue el apellido si es diferente al del paciente)	Relación	Edad	Nivel de estudios terminado	¿Tiene alguna preocupación médica, de salud mental, con la escuela de aprendizaje?	¿Vive en la casa del niño?
	Madre biológica				
	Padre biológico				

Ocupaciones actuales de los padres:

Mencione todas las demás personas que vivan en la casa (padrastro, hermanastro, hijo adoptivo, tío, amigo de la familia, abuelo, etc.):

Mencione cualquier otro familiar que tenga condiciones médicas o de salud mental similares:

A veces, los eventos que suceden en la familia o en la casa pueden afectar el comportamiento y el aprendizaje de una persona. ☐ **Marque aquí si prefiere responder esta parte del formulario en persona**

Marque la casilla correspondiente si le sucedió alguna de estas situaciones a la familia o al paciente:

- ☐ Una persona que vive en la casa tiene un problema de salud grave
- ☐ El padre o la madre tiene una enfermedad emocional o mental
- ☐ Conflictos entre los padres sobre la crianza
- ☐ Participación en el tribunal de menores o el sistema judicial
- ☐ Nacimiento/adopción reciente de otro hijo
- ☐ Sin comida/Sin dinero para comprar comida
- ☐ Participación en servicios sociales/ servicios de protección al menor
- ☐ Separación del padre o ubicación fuera de la casa
- ☐ Preocupaciones con la documentación (inmigración)
- ☐ Conflictos entre los padres/el niño
- ☐ Desacuerdos sobre la custodia
- ☐ Problemas económicos
- ☐ Conflictos importantes entre hermanos
- ☐ Familia monoparental
- ☐ Ubicación en crianza temporal
- ☐ Abandono por parte del padre o la madre
- ☐ Abuso de sustancias/alcohol del padre o la madre
- ☐ Vivienda inestable
- ☐ Exposición a violencia doméstica/ física en la casa
- ☐ Hospitalización por una enfermedad grave
- ☐ Fallecimiento de un padre o hermano
- ☐ Traslados militares prolongados del padre o la madre
- ☐ Tratamiento ofrecido por un terapeuta, psicólogo o psiquiatra
- ☐ Participación en capacitación sobre crianza o comportamiento
- ☐ Negligencia
- ☐ Maltrato físico
- ☐ Abuso sexual
- ☐ Separación
- ☐ Divorcio

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Completar en todas las páginas

Cuidado infantil y educación

¿Asiste su hijo a un programa de cuidado infantil? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿dónde?

¿Participa su hijo en un programa de intervención temprana o de educación especial? ☐ Sí ☐ No

¿Dónde?

¿Asiste su hijo a la escuela o al preescolar? ☐ Sí ☐ No

Nombre de la escuela/del programa: Grado actual:

¿Repitió su hijo algún grado? ☐ Sí ☐ No

¿Recibe su hijo ayuda adicional en la escuela o en la comunidad? (marque todas las opciones que correspondan):

☐ Centro de aprendizaje/sala de apoyo ☐ Terapia ocupacional ☐ Plan conductual

☐ Terapia del habla ☐ Fisioterapia ☐ Plan o protocolo de alimentación

☐ Consejería de salud mental (motivo y duración): _____

☐ Otra (especifique): _____

¿Recibe el niño otro tipo de apoyo?

☐ Programa de Educación Individualizado (IEP) ☐ Plan 504 ☐ Apoyos del Título I ☐ Clases de inglés como idioma extranjero (ELL/ESL)

¿Cómo cree que le va a su hijo en la escuela?	Muy por debajo del nivel de grado	Ligeramente por debajo del nivel de grado	En el nivel de grado	Ligeramente por encima del nivel de grado	Muy por encima del nivel de grado
Matemáticas					
Lectura					
Lenguaje escrito					
Ortografía					
¿Qué actividades/intereses extraescolares tiene?					

Contactos de atención médica	Nombre	Lugar
Proveedor de atención primaria actual		
Especialistas actuales: médico, terapeuta del habla, OT, PT, etc. (si corresponde)		
Dentista actual		
Proveedor de salud mental actual (si corresponde)		
Otros médicos/clínicas que le ofrecen atención		
Nombre del hospital donde nació		

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Completar en todas las páginas

Más información

¿Hay alguna otra información sobre su hijo que sea importante y que nosotros debamos saber?

DOERNBECHER CHILDREN'S Hospital
OHSU

Preguntas frecuentes sobre las evaluaciones del CDRC

¿Cuándo debo llamar para preguntar por la remisión de mi hijo?

CDRC recibe muchas remisiones cada semana y hacemos un gran esfuerzo por conectarlo con el Registration Department (Departamento de Registro) de OHSU en un plazo de 48 horas. Si no nos hemos comunicado con usted en los próximos 5 días hábiles, llame al 503-346-0640.

¿Cuándo recibiré un paquete de admisión?

Llame al 503-494-5252 para actualizar la información de registro de su hijo, ya que este paso es obligatorio (incluso si ha trabajado antes con CDRC). Tenga a mano su tarjeta del seguro cuando llame. Después de comunicarse con la oficina de registro, recibirá su paquete de admisión en un plazo de 10 días hábiles.

¿Que tan largas son las listas de espera de su programa clínico?

Tenemos varias clínicas de evaluación diferentes en CDRC. Se asigna a los pacientes a una clínica en particular según su edad, síntomas y diagnóstico (si se sabe cuál es), y según la información del paquete de admisión que usted nos envíe. El tiempo de espera de cada clínica es diferente y es posible que tenga que esperar varios meses después de haber devuelto el paquete para una cita.

¿Cuándo debo llamar para preguntar dónde está mi hijo en la lista de espera de su programa clínico?

Puede llamar para verificar si nuestra clínica recibió su documentación de admisión (por favor haga copias de todo lo que envíe por correo), y también debe llamarnos para informarnos si algo ha cambiado, como su dirección o número de teléfono. Sin embargo, espere 90 días antes de llamar para verificar dónde se encuentra su hijo en la lista de espera, ya que a menudo es el tiempo que toma procesar la información.

¿Mi seguro cubrirá este gasto?

Aunque trabajamos con la mayoría de los planes de seguros, cada póliza es diferente. Le recomendamos que se comunique con su compañía de seguros con tiempo para asegurarse de que nuestros servicios estén cubiertos, que estemos en su red y que todas las autorizaciones necesarias sean atendidas con antelación. Las pruebas de discapacidades de aprendizaje, si son necesarias, generalmente no las cubre el seguro médico y pueden hacerse por medio de su distrito escolar.

¿Puedo traer a otros niños a la consulta?

Usted debe permanecer en la clínica durante toda la consulta (que puede durar 1 hora y media a 6 horas). Le pedimos que los otros hermanos y familiares se queden en casa y no vengan a esta consulta.

DCH 21748038 2/22

D3s1 **Sistema NICHQ Vanderbilt de Evaluación. Cuestionario para PADRES**
NICHQ Vanderbilt Assessment Scale—PARENT Informant

Fecha de hoy/*Today's Date:* _____

Nombre del niño(a)/*Child's Name:* _____

Fecha de nacimiento/*Date of Birth:* _____

Nombre del padre y/o de la madre/*Parent's Name:* _____

Teléfono/*Parent's Phone Number:* _____

Instrucciones: **Conteste basándose en lo que considera apropiado para un niño de esa edad. Al completar este cuestionario, piense por favor en la conducta de su niño durante los últimos seis meses.**

Directions: ***Each rating should be considered in the context of what is appropriate for the age of your child. When completing this form, please think about your child's behaviors in the past 6 months.***

Esta evaluación se refiere a un período en el que su hijo(a)
Is this evaluation based on a time when the child

☐ **tomaba medicamentos** ***was on medication*** ☐ **no tomaba medicamentos** ***was not on medication*** ☐ **no lo recuerda** ***not sure?***

Síntomas/ ***Symptoms***	**Nunca/** ***Never***	**A veces/** ***Occasionally***	**Seguido/** ***Often***	**Muy seguido/** ***Very Often***
1. No pone atención a los detalles o comete errores por descuido, como por ejemplo, cuando hace la tarea *Does not pay attention to details or makes careless mistakes with, for example, homework*	0	1	2	3
2. Se le dificulta mantenerse atento al llevar a cabo sus actividades *Has difficulty keeping attention to what needs to be done*	0	1	2	3
3. Parece no estar escuchando cuando se le habla directamente *Does not seem to listen when spoken to directly*	0	1	2	3
4. No sigue las instrucciones hasta el final y no concluye sus actividades (no porque se rehúse a seguirlas o porque no las comprenda) *Does not follow through when given directions and fails to finish activities (not due to refusal or failure to understand)*	0	1	2	3
5. Tiene dificultad al organizar sus tareas diarias y actividades *Has difficulty organizing tasks and activities*	0	1	2	3
6. Evita, le disgusta o no quiere comenzar actividades que requieren un mayor esfuerzo mental *Avoids, dislikes, or does not want to start tasks that require ongoing mental effort*	0	1	2	3
7. Pierde cosas que son indispensables para cumplir con sus tareas o actividades (juguetes, tareas de la escuela, lápices o libros) *Loses things necessary for tasks or activities (toys, assignments, pencils, or books)*	0	1	2	3
8. Se distrae fácilmente con ruidos u otros estímulos externos *Is easily distracted by noises or other stimuli*	0	1	2	3
9. Es olvidadizo(a) en sus actividades cotidianas *Is forgetful in daily activities*	0	1	2	3
10. Mueve constantemente las manos o los pies, o no se está quieto(a) en su asiento *Fidgets with hands or feet or squirms in seat*	0	1	2	3
11. Se pone de pie cuando debiera permanecer sentado(a) *Leaves seat when remaining seated is expected*	0	1	2	3

La información contenida en esta publicación no debe usarse a manera de substitución del cuidado médico y consejo de su pediatra. Éste podría recomendar variaciones en el tratamiento, según hechos y circunstancias individuales.

Derechos de Autor © 2005 Academia Americana de Pediatría, Universidad de North Carolina en Chapel Hill para su Centro de Mejoramiento del Cuidado de Salud Infantil de North Carolina y la Iniciativa Nacional en Favor de la Calidad del Cuidado de Salud Infantil.

Adaptación de las Escalas de Clasificación Vanderbilt, diseñadas por Mark L. Wolraich, MD.
Revisión - 1102

American Academy of Pediatrics
DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™

North Carolina Center for Children's Healthcare Improvement

NICHQ
National Initiative for Children's Healthcare Quality

McNeil
Consumer & Specialty Pharmaceuticals

D3s2 Sistema NICHQ Vanderbilt de Evaluación. Continuación cuestionario para PADRES
NICHQ Vanderbilt Assessment Scale—PARENT Informant, continued

Fecha de hoy/*Today's Date:* _____

Nombre del niño(a)/*Child's Name:* _____

Fecha de nacimiento/*Date of Birth:* _____

Nombre del padre y/o de la madre/*Parent's Name:* _____

Teléfono/*Parent's Phone Number:* _____

Síntomas (continuación)/ *Symptoms (continued)*	**Nunca/ *Never***	**A veces/ *Occasionally***	**Seguido/ *Often***	**Muy seguido/ *Very Often***
12. Corre o camina por todos lados cuando debiera permanecer sentado *Runs about or climbs too much when remaining seated is expected*	0	1	2	3
13. Se le dificulta jugar o empezar actividades recreativas más tranquilas *Has difficulty playing or beginning quiet play activities*	0	1	2	3
14. Está en constante movimiento o actúa como si "tuviera un motor por dentro" *Is "on the go" or often acts as if "driven by a motor"*	0	1	2	3
15. Habla demasiado *Talks too much*	0	1	2	3
16. Responde precipitadamente, incluso antes de escuchar la pregunta completa *Blurts out answers before questions have been completed*	0	1	2	3
17. Tiene dificultad al esperar su turno *Has difficulty waiting his or her turn*	0	1	2	3
18. Interrumpe o se entromete en conversaciones o actividades ajenas *Interrupts or intrudes in on others' conversations and/or activities*	0	1	2	3
19. Discute con adultos *Argues with adults*	0	1	2	3
20. Se enfurece con facilidad *Loses temper*	0	1	2	3
21. Desafía abiertamente o se niega a cumplir las órdenes o las reglas de los adultos *Actively defies or refuses to go along with adults' requests or rules*	0	1	2	3
22. Molesta adrede a los demás *Deliberately annoys people*	0	1	2	3
23. Culpa a otros de sus propios errores o su mal comportamiento *Blames others for his or her mistakes or misbehaviors*	0	1	2	3
24. Se ofende o se molesta fácilmente con otros *Is touchy or easily annoyed by others*	0	1	2	3
25. Está enojado(a) o resentido(a) *Is angry or resentful*	0	1	2	3
26. Es rencoroso y vengativo *Is spiteful and wants to get even*	0	1	2	3
27. Reta, amenaza o intimida a otros *Bullies, threatens, or intimidates others*	0	1	2	3
28. Comienza peleas de contacto físico *Starts physical fights*	0	1	2	3
29. Miente con el fin de salir de apuros o para eludir sus obligaciones *Lies to get out of trouble or to avoid obligations (ie, "cons" others)*	0	1	2	3
30. Falta a la escuela sin permiso *Is truant from school (skips school) without permission*	0	1	2	3

American Academy of Pediatrics
DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™

North Carolina Center for Children's Healthcare Improvement

NICHQ
National Initiative for Children's Healthcare Quality

McNeil
Consumer & Specialty Pharmaceuticals

D3s3 Sistema NICHQ Vanderbilt de Evaluación. Continuación cuestionario para PADRES
NICHQ Vanderbilt Assessment Scale—PARENT Informant, continued

Fecha de hoy/*Today's Date:* _____

Nombre del niño(a)/*Child's Name:* _____

Fecha de nacimiento/*Date of Birth:* _____

Nombre del padre y/o de la madre/*Parent's Name:* _____

Teléfono/*Parent's Phone Number:* _____

Síntomas (continuación)/ *Symptoms (continued)*	**Nunca/ *Never***	**A veces/ *Occasionally***	**Seguido/ *Often***	**Muy seguido/ *Very Often***
31. Es físicamente cruel con los demás *Is physically cruel to people*	0	1	2	3
32. Ha robado cosas de valor *Has stolen things that have value*	0	1	2	3
33. Destruye deliberadamente la propiedad ajena *Deliberately destroys others' property*	0	1	2	3
34. Ha usado un objeto que puede herir a alguien (bate, cuchillo, ladrillo, pistola) *Has used a weapon that can cause serious harm (bat, knife, brick, gun)*	0	1	2	3
35. Tortura animales *Is physically cruel to animals*	0	1	2	3
36. Ha provocado fuegos para causar daños *Has deliberately set fires to cause damage*	0	1	2	3
37. Ha entrado a una casa, un negocio o un carro ajeno *Has broken into someone else's home, business, or car*	0	1	2	3
38. Ha permanecido fuera de la casa sin permiso durante la noche *Has stayed out at night without permission*	0	1	2	3
39. Se ha escapado de la casa durante la noche *Has run away from home overnight*	0	1	2	3
40. Ha obligado a alguien a sostener algún tipo de actividad sexual *Has forced someone into sexual activity*	0	1	2	3
41. Siente miedo, ansiedad o está preocupado *Is fearful, anxious, or worried*	0	1	2	3
42. Teme hacer nuevas cosas por temor a cometer errores *Is afraid to try new things for fear of making mistakes*	0	1	2	3
43. Se desprecia a sí mismo se siente inferior *Feels worthless or inferior*	0	1	2	3
44. Siente que los problemas son responsabilidad suya y se siente culpable *Blames self for problems, feels guilty*	0	1	2	3
45. Se siente solo(a), rechazado(a) o sin amor; se queja de que nadie lo quiere *Feels lonely, unwanted, or unloved; complains that "no one loves him or her"*	0	1	2	3
46. Se siente triste, infeliz o deprimido(a) *Is sad, unhappy, or depressed*	0	1	2	3
47. Está al pendiente de sus actos o se avergüenza fácilmente *Is self-conscious or easily embarrassed*	0	1	2	3

D3s4 Sistema NICHQ Vanderbilt de Evaluación. Continuación cuestionario para PADRES
NICHQ Vanderbilt Assessment Scale—PARENT Informant, continued

Fecha de hoy/*Today's Date:* _____

Nombre del niño(a)/*Child's Name:* _____

Fecha de nacimiento/*Date of Birth:* _____

Nombre del padre y/o de la madre/*Parent's Name:* _____

Teléfono/*Parent's Phone Number:* _____

Comportamiento ***Performance***	**Excelente/** ***Excellent***	**Sobre lo normal/** ***Above Average***	**Normal/** ***Average***	**Cierta dificultad/** ***Somewhat of a Problem***	**Con dificultad/** ***Problematic***
48. Comportamiento general en la escuela *Overall school performance*	1	2	3	4	5
49. Lectura *Reading*	1	2	3	4	5
50. Escritura *Writing*	1	2	3	4	5
51. Matemáticas *Mathematics*	1	2	3	4	5
52. Relación con sus padres *Relationship with parents*	1	2	3	4	5
53. Relación con sus hermanos *Relationship with siblings*	1	2	3	4	5
54. Relación con sus compañeros *Relationship with peers*	1	2	3	4	5
55. Participación en actividades organizadas (ejemplo: equipos deportivos) *Participation in organized activities (eg, teams)*	1	2	3	4	5

Comentarios/*Comments:*

For Office Use Only

Total number of questions scored 2 or 3 in questions 1–9: _____

Total number of questions scored 2 or 3 in questions 10–18: _____

Total Symptom Score for questions 1–18: _____

Total number of questions scored 2 or 3 in questions 19–26: _____

Total number of questions scored 2 or 3 in questions 27–40: _____

Total number of questions scored 2 or 3 in questions 41–47: _____

Total number of questions scored 4 or 5 in questions 48–55: _____

Average Performance Score: _____

American Academy of Pediatrics
DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™

North Carolina Center for Children's Healthcare Improvement

NICHQ
National Initiative for Children's Healthcare Quality

McNeil
Consumer & Specialty Pharmaceuticals