

# WEST TEXAS DEVELOPMENTAL

Karen L. Rogers M.D.

3301 101ST Street

Lubbock, TX 79423

Office (806) 281-9966 Fax (806) 281-9964

**Tiene que tener el paquete completado y llegar 15 minutos antes de su cita para completar documentos adicionales o su cita sera cancelada.**

Queridos padres gracias por elegir PAL'S Developmental Center. Esperamos verlos. Este paquete es para su primera cita con nuestra oficina y debera ser completado a lo mejor de su capacidad. Si no su cita sera cancelada.

La primera cita tomara aproximadamente una hora y media, Pasaremos la mayoria del tiempo conociendo al nino/a, y hablaremos de sus preocupaciones. Realizaremos un historial medico completo y un examen fisico. Si las preocupaciones de desarrollo o de comportamiento estan presentes, entonces seran administrados con cuestionarios. Ciertos exámenes no seran compleados en la primera cita debido a las limitaciones de tiempo. Exámenes de inteligencia, habla, lenguaje o el logro no se llevaran acabo por esta oficina. Pruebas adicionales se puede llevar acabo atraves de esta oficina, exámenes privados, o por su distrito escolar.

**Porfavor traiga** este paquete pero tambien exámenes previos, evaluaciones del habla, notas de la escuela o otras terapias que este recibiendo ect. a la cita. Alguna informacion ( proporcionada por la escuela, guarderia, ECI, o otros doctors) Como calificaciones, exámenes estandarizados, exámenes educativos y preocupaciones de las maestras seran muy servicial para determinar si su hijo tiene problemas de desarrollo, o conductual. Esto nos ayuda determinar que esta causando sus dificultades.

Despues de nuestra visita un reporte sera enviado por correo dentro de 2-3 semanas. **Ninguna informacion sera proporcionada a la escuela por nuestra oficina. Eso sera responsabilidad de los padres darles la informacion si es necesaria.**

Si tiene preguntas de el costo de su primera cita favor de hablar a la oficina.

Es importante que este informado que pueda que algunos exámenes no sean cubridos por su aseguransa. Nosotros aremos lo mejor para veificar sus beneficios antes de aser estos exámenes. Pero usted es responsable de cualquier cosa que no sea cubierta por su aseguransa.

---

**Informacion del Paciente**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Nombre M Apellido

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M/F (Circule uno)

Numero Social: \_\_\_\_\_ (lo necesitamos para registro)

Direccion: \_\_\_\_\_  
calle/po box ciudad estado codigo postal

Numero de telefono: \_\_\_\_\_  
Casa Cell

Correo electronico: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_  
Nombre Relacion Numero de telefono

Etnicidad: \_\_\_Caucasico \_\_\_Hispano \_\_\_Africano Americano \_\_\_Otro

Doctor general: \_\_\_\_\_ Numero de telefono: \_\_\_\_\_

Medico de referencia: \_\_\_\_\_ Numero de telefono: \_\_\_\_\_

**Informacion Familiar**

Nombre de madre o guardian: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_

Numero de telefono: \_\_\_\_\_  
Casa Cell Trabajo

Correo electronico: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_

Nombre de padre o guardian: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_

Numero de telefono: \_\_\_\_\_  
casa Cell trabajo

Correo electronico: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_

**Nombre de los niños en la familia**

1. \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ SEXO: M / F

2. \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ SEXO: M / F

3. \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ SEXO: M / F

4. \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ SEXO: M / F

**Informacion de aseguransa Primaria**

Nombre de persona que proporcione el seguro: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Numero de telefono de la  
oficina: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_  
calle Ciudad Estado Codigo postal

**Informaion de Aseguransa Secundario**

Nombre de persona que proporcione el seguro: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Numero de telefono de la  
oficina: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_  
calle Ciudad Estado Codigo postal

**Autorizacion de informacion**

Autorizo la divulgacion de cualquier informacion medica o de otro tipo necesaria para procesar este reclamo. Tambien solicito el pago de prestaciones medicas a la parte que acepta la asignacion. **Entiendo que soy financieramente responsable por el saldo no pagado por mi compania de aseguransa.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

3301 101<sup>st</sup> Street  
Lubbock, Texas 79423  
(806) 281-9966

**AUTHORIZATION AND AGREEMENT FOR TREATMENT**

The undersigned hereby makes the following Acknowledgments and Agreements regarding treatment to be provided to the patient whose name appears below.

- 1. Consent to Treatment.** I understand that medical treatment is necessary, and that such medical treatment will be performed by independent physicians, and or by the employees of the Practice. I hereby grant my authorization and consent for such treatment.
- 2. Agreement to Pay for Services.** I acknowledge and accept that no guarantee has been given as to the results these treatments may produce in me. I further acknowledge and accept that any treatment(s) given may not help me and may make my condition worse. For and in consideration of the care and treatment provided to myself, I promise to pay, or arrange for payment, **AT THE TIME OF THE VISIT** all charges due for services rendered to or on behalf of the patient. Payment may be made by cash, check or credit card. Legal action to collect money from insufficient fund checks or stop payment checks; will be at the patient's expense. In the event your account is turned over to a collection agency, a 40% fee will be added to the balance. Any fees associated with the collection of a past due balance will be the responsibility of the patient.
- 3. Assignment and Instruction for Direct Payment to Doctor.** I hereby instruct and direct the \_\_\_\_\_ Insurance Company to issue payment directly to:

West Texas Developmental Pediatric & Behavioral Health Network, P.A.  
P.O. Box 54136  
Lubbock, Texas 79453

If my current policy prohibits direct payment to medical practitioners, then I also instruct and direct you to issue the payment in my name and mail it directly to:

West Texas Developmental Pediatric & Behavioral Health Network, P.A.  
P.O. Box 54136  
Lubbock, Texas 79453

For the professional and medical benefits and otherwise payable to me under my current insurance policy as payment towards the total charges for the professional services rendered. **THIS IS A DIRECT ASSIGNMENT OF MY RIGHTS AND BENEFITS UNDER THE POLICY.** This payment will not exceed my indebtedness to the above named assignee(s).

Also, I have agreed to pay, in a current manner, the balance due of any and all professional and medical service charges over and above any insurance payment. I understand that **I am fully financially responsible for all these charges at all times.**

- 4. Release of Medical Information.** I authorize the release of any and all information pertinent to my case to any insurance company, adjuster, or attorney involved in this case who makes the request in writing. Further, I authorize the release of my medical information to my personal or referral physician.
- 5. Risks.** Just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment, there are also risks and hazards related to the performance of any medical, and/or diagnostic procedures planned for me. I realize that common to a medical, and/or diagnostic procedure is the potential for infection, allergic reactions, failure of treatment, and even death.
- 6. Cancellation Charge.** A \$25.00 fee will be charged to the patient for all appointments not cancelled 24 hours prior to the appointment. Insurance companies including Medicare will not pay for this charge; therefore the patient will be 100% responsible for the fee. In the event you fail to cancel 2 (two) appointments you will be dismissed from the practice.
- 7. Health Information Exchange.** I authorize my provider(s) to e-prescribe my prescriptions and request my prescription medication history from other healthcare providers or third-party pharmacy payors. I understand that this means my provider(s) may send or receive my prescription electronically. My medical records will also be made available to other healthcare providers through a Health Information Exchange (HIE) or shared electronic medical record (EMR) with participants in UMC's clinically integrated network. I may opt out of participating in the HIE by completing an opt-out form at registration.

I have read the above Acknowledgments and Agreements, and fully understand and agree to them.

Dated at the \_\_\_\_\_ Office of West Texas Developmental Pediatric & Behavioral Health Network, P.A. \_\_\_\_\_.

This \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_.

Patient Signature \_\_\_\_\_ Witness Signature \_\_\_\_\_

Policyholder Signature, if other than Patient \_\_\_\_\_

# West Texas Developmental Pediatric & Behavioral Health Network, P.A.

3301 101<sup>ST</sup> Street  
Lubbock, Texas 79423  
(806) 771-1386

## Notice of Privacy Practices Acknowledgement Form

*Health Insurance Portability & Accountability Act of 1996*

A Current Copy Of The "Notice of Privacy Practices" Is Displayed In The Waiting Room

All Required Forms May Be Obtained From The Privacy Officer

I hereby acknowledge that I have been provided with a copy of this office's  
"Notice of Privacy Practices"

Patient's Signature or Authorized Party	Relationship to Patient	Date
--	-------------------------	------

Printed Name	Interpreter, if utilized
--------------	--------------------------

---

## Authorization to Release Medical Information to Schools / Personal Friends / Family Members

I, (legal guardian or patient name) \_\_\_\_\_, give my Permission  
to West Texas Developmental Pediatric & Behavioral Health Network, P.A. to discuss  
(child / patient name) \_\_\_\_\_ medical condition with the following  
individuals:

Name \_\_\_\_\_ Phone Number \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Phone Number \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Phone Number \_\_\_\_\_

This includes, but is not limited to test results, lab results, treatment options, appointment times, and payment options.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## Bienvenidos a PAL'S Developmental Center!

Nuestra clinica esta compuesta por un tablero certificado en pediatria del desarrollo conductual. Tres enfermeras pediatricas certificadas. Dos medicos certificadas de la enfermera de la familia.

La Doctora Karen Rogers completo 13 anos de entrenamiento en post grado, y esta certificada en pediatria del comportamiento del desarrollo y pediatria. Dr. Rogers tiene 2 anos de capacitacion de exposicion a la psiquiatria infantil y adolescente y 2 anos de aprendizaje de las evaluaciones de discapacidad. Karen Esquibel ha completado su grado de Enfermera Registrada tiene su doctorado en enfermeria, ademas esta certificada en pediatria. Tambien tiene su doctorado en filosofia y enfermeria. Christy Weaver ha completado su grado en Enfermera Registrada y esta certificada en practicante de enfermeria familiar con problemas de aprendizaje y de desarrollo. Dawn Conwright ha completado su grado en Enfermeria Registrada y esta certificada en pediatria. Joan GravesMcperson ha completado su doctorado en enfermeria y esta certificada en pediatria. Patricia Perez tiene su Maestria en enfermeria y esta certificada en practicante de enfermeria familiar, y habla Espanol. Todos estos practicantes han completado multiples horas de educacion en el aprendizaje del desarrollo en ninos.

Yo he tenido unos problemas medicos, desafortunadamente no puedo ver la misma cantidad de pacientes como en el pasado. Tenga en cuenta que las enfermeras practicantes cubriran mi cita con el paciente para mi cuando no pueda estar en la clinica.

Como un grupo atendemos a juntas semanales para mejorar nuestra oficina y cada 2-3 anos atendemos a juntas estudiando los desarrollos de los ninos. Trastornos del aprendizaje, problemas de salud mental y la psicofarmacologia que afectan a los ninos. Nuestros compromiso para usted es asistir sus preocupaciones dentro de nuestras posibilidades y proporcionar la mejor medicina del desarrollo en el Oeste de Texas. Por que esta oficina tiene profesionales de enfermeria porfavor entienda que tendra que verlos y va a recibir la atencion medica de ellos. Si usted no esta de acuerdo con recibir atencion medica de estos doctors porfavor cancele su cita y busque atencion medica por otra oficina. Al firmar abajo usted esta testificando que entiende estos terminos y aceptara ser tratado por enfermeras pediatricas certificadas. Gracias

---

Dr. Karen Rogers

---

Paciente (si es mayor de 18 anos)

---

Padres/Guardian (si el nino es menor de edad/adulto y requiere de un guardian)

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Su nombre y su relacion del paciente: \_\_\_\_\_

Historial del Paciente

Instrucciones: Por favor tomese unos minutos para llenar la siguiente informacion. Esto nos va a ahorrar algo de tiempo durante la visita, para poder pasar mas tiempo enfocados en sus preocupaciones.

Quien lo referrio: \_\_\_\_\_

Su hijo asiste a: Escuela Publica Nombre y persona de contacto: \_\_\_\_\_  
 (Circule la que Escuela Privada Nombre y persona de contacto: \_\_\_\_\_  
 Le aplique) Estudia en el hogar Programa que es usado: \_\_\_\_\_  
 Guarderia Nombre: \_\_\_\_\_

Sus principals preocupaciones para su hijo/a:  
 \_\_\_\_\_

Cuales son los puntos Fuertes de su hijo/a?  
 \_\_\_\_\_

Que es dificil para su hijo/a? Academica Comportamiento Las dos  
 \_\_\_\_\_

Historial Medico:

Quien es su medico principal? \_\_\_\_\_  
 Su hijo es alergico a un medicamento o comida? No Si Que: \_\_\_\_\_  
 Estan al coriente con sus vacunas? No Si \_\_\_\_\_  
 Su hijo esta tomando medicamentos? No Si Que: \_\_\_\_\_

Historial de nacimiento: Si contesta Si favor de explicar

Durante el embarazo tuvo alguna enfermedad o hospitalizaciones?	No	Si	
Tomo algun medicamento durante el embarazo?	No	Si	
Uso alcohol o drogas, incluyendo los cigarillos durante el embarazo: Cuando y cuanto?	No	Si	
Su hijo fue prematuro?	No	Si	
Tuvo alguna complicasion durante el parto?	No	Si	El parto fue Cesaria o Parto Vaginal
Se prolongo el parto?	No	Si	
Tomo medicamentos durante el parto?	No	Si	
Cuanto peso su hijo cuando nacio?			Peso de nacimiento:



A tenido cualquiera de las siguientes complicaciones su hijo:			Porfavor explique si contest que si:
Dificultades con la respiracion?	No	Si	
Oxigeno requerido o tubo para respirar?	No	Si	
Defectos Congenitos?	No	Si	
Tono bajo?	No	Si	
Problemas del Corazon?	No	Si	
Mala alimentacion o vomitos?	No	Si	
Ictericia? Como se trato?	No	Si	
Lesiones fisicas?	No	Si	
Problemas de la vista?	No	Si	
Paso su hijo el examen de la audicion?	No	Si	

Ha sido su hijo hospitalizado o visitado la sala de emergencias? No Si  
Si es asi explique:

Ha tenido alguna cirugia su hijo? No Si  
Si es asi explique:

Su hijo ha sufrido importantes enfermedades, lesions, o problemas: No Si  
Si es asi explique (Fracturas, Laceraciones):

Por favor complete lo siguiente:

Su hijo a sufrido de:			Si es asi explique
Meningitis?	No	Si	
Convulsiones?	No	Si	
Trauma a la caveza con o sin perdida de conciencia?	No	Si	
Problemas de las vista o necesita lentes?	No	Si	
Problemas de la audicion?	No	Si	
Problemas de alimentacion?	No	Si	
Problemas del corazon?	No	Si	
Problemas Respiratorios o pulmonares?	No	Si	
Vomitos recurrentes o diarrea?	No	Si	
Estrenimiento?	No	Si	
Accidentes de orina?	No	Si	De dia De noche o Las dos
Problemas renales o hepaticos?	No	Si	
Problemas musculares?	No	Si	
Problemas de la piel?	No	Si	
Infecciones recurrentes (Mas de 5 veces por ano de garganta, oidos)	No	Si	
Antecedents de anemia?	No	Si	

Antecedentes de intoxicacion por plomo?	No	Si	
Problemas de sueno, ronquidos, apnea o problemas respiratorios durante el sueno	No	Si	

Su niño a recibido alguna terapia (Terapia fisica, terapia ocupacional, terapia del habla o medicina alternativa): No Si Si es si explique:

---

Su niño a tenido alguna evaluacion anterior de desarrollo o de comportamiento? No Si Si es si explique

---

Historial de desarrollo:

Quando logro su hijo lo siguiente:		Edad
Sentarse sin soporte	Aun no	
Camino solo	Aun no	
Desir las primeras palabras	Aun no	
Hablar con dos palabras o frases ( como Mama se va, Papa alsa, quiero galleta)	Aun no	
Andar en bicicleta sin ruedas de entrenamiento	Aun no	
Amarrarse los zapatos	Aun no	

Historial Familiar:

Aiy alguien en su familia con problemas similares como los que esta experimentando su hijo?: Por favor explique si es si: \_\_\_\_\_

Alguien de la familia sufre de:	No	Si	Si es asi quien y que:
Retraso mental, problemas geneticos?	No	Si	
Dificultades de aprendizaje?	No	Si	
Problemas de atencion o ADHD/ADD?	No	Si	
Abuso de sustancias?	No	Si	
Problemas legales?	No	Si	
Problemas emocionales o del estado de animo? (Depresion, bipolar, ansiedad etc.)	No	Si	
Problemas Cardiacos	No	Si	
Hypertencion, Diabetes, problemas de Lipidos, Cholesterol	No	Si	
Otro?	No	Si	

Historial Social: Su hijo a experimentado tensiones significativas? No Si  
Si es asi explique:

---

---

Algun otra informacion que quiera informarme de su hijo:

---



## Lista de verificación de síntomas pediátricos (PSC)

La salud emocional y física van de la mano en los niños. Debido a que los padres son a menudo los primeros en notar un problema en el comportamiento, en las emociones o en el aprendizaje de su hijo, usted puede ayudar a su hijo a obtener la mejor atención posible al responder estas preguntas. Indique qué afirmación describe mejor a su hijo.

Marque la columna de la palabra que mejor describa a su hijo:

		Nunca	A veces	A menudo
1.	Se queja sobre dolores y molestias	1	_____	_____
2.	Pasa más tiempo solo	2	_____	_____
3.	Se cansa fácilmente, tiene poca energía	3	_____	_____
4.	Inquietud, incapaz de quedarse quieto	4	_____	_____
5.	Tiene problemas con su profesor	5	_____	_____
6.	Menos interesado en la escuela	6	_____	_____
7.	Actúa como impulsado por un motor	7	_____	_____
8.	Sueña despierto demasiado	8	_____	_____
9.	Se distrae fácilmente	9	_____	_____
10.	Le tiene miedo a las situaciones nuevas	10	_____	_____
11.	Se siente triste, infeliz	11	_____	_____
12.	Es irritable, está enojado	12	_____	_____
13.	Siente que no tiene esperanza	13	_____	_____
14.	Tiene problemas para concentrarse	14	_____	_____
15.	Menos interesado en sus amigos	15	_____	_____
16.	Pelea con otros niños	16	_____	_____
17.	No asiste a la escuela	17	_____	_____
18.	Sus calificaciones empeoran	18	_____	_____
19.	Se critica a sí mismo	19	_____	_____
20.	Visita al médico y éste no encuentra nada malo	20	_____	_____
21.	Tiene problemas para dormir	21	_____	_____
22.	Se preocupa demasiado	22	_____	_____
23.	Quiere estar con usted más que antes	23	_____	_____
24.	Siente que es malo	24	_____	_____
25.	Toma riesgos innecesarios	25	_____	_____
26.	Se lastima frecuentemente	26	_____	_____
27.	Parece que se divierte menos	27	_____	_____
28.	Actúa como si fuera más pequeño que los niños de su edad	28	_____	_____
29.	No obedece las reglas	29	_____	_____
30.	No muestra sentimientos	30	_____	_____
31.	No entiende los sentimientos de los demás	31	_____	_____
32.	Se burla de los demás	32	_____	_____
33.	Culpa a los demás de sus problemas	33	_____	_____
34.	Toma cosas que no le pertenecen	34	_____	_____
35.	Se niega a compartir	35	_____	_____

Puntaje total: \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene algún problema emocional o de comportamiento para el cual necesite ayuda?

( ) N ( ) S

¿Hay algún servicio que le gustaría que su hijo recibiera para estos problemas?

( ) N ( ) S

De ser así, ¿qué servicios? \_\_\_\_\_

**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 <i>Does not pay attention to details or makes careless mistakes with, for example, homework</i>	0	1	2	3
2. Se le dificulta mantenerse atento al llevar a cabo sus actividades <i>Has difficulty keeping attention to what needs to be done</i>	0	1	2	3
3. Parece no estar escuchando cuando se le habla directamente <i>Does not seem to listen when spoken to directly</i>	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) <i>Does not follow through when given directions and fails to finish activities (not due to refusal or failure to understand)</i>	0	1	2	3
5. Tiene dificultad al organizar sus tareas diarias y actividades <i>Has difficulty organizing tasks and activities</i>	0	1	2	3
6. Evita, le disgusta o no quiere comenzar actividades que requieren un mayor esfuerzo mental <i>Avoids, dislikes, or does not want to start tasks that require ongoing mental effort</i>	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) <i>Loses things necessary for tasks or activities (toys, assignments, pencils, or books)</i>	0	1	2	3
8. Se distrae fácilmente con ruidos u otros estímulos externos <i>Is easily distracted by noises or other stimuli</i>	0	1	2	3
9. Es olvidadizo(a) en sus actividades cotidianas <i>Is forgetful in daily activities</i>	0	1	2	3
10. Mueve constantemente las manos o los pies, o no se está quieto(a) en su asiento <i>Fidgets with hands or feet or squirms in seat</i>	0	1	2	3
11. Se pone de pie cuando debiera permanecer sentado(a) <i>Leaves seat when remaining seated is expected</i>	0	1	2	3

La información contenida en esta publicación no debe usarse a manera de sustitución 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

**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 <i>Runs about or climbs too much when remaining seated is expected</i>	0	1	2	3
13. Se le dificulta jugar o empezar actividades recreativas más tranquilas <i>Has difficulty playing or beginning quiet play activities</i>	0	1	2	3
14. Está en constante movimiento o actúa como si "tuviera un motor por dentro" <i>Is "on the go" or often acts as if "driven by a motor"</i>	0	1	2	3
15. Habla demasiado <i>Talks too much</i>	0	1	2	3
16. Responde precipitadamente, incluso antes de escuchar la pregunta completa <i>Blurts out answers before questions have been completed</i>	0	1	2	3
17. Tiene dificultad al esperar su turno <i>Has difficulty waiting his or her turn</i>	0	1	2	3
18. Interrumpe o se entromete en conversaciones o actividades ajenas <i>Interrupts or intrudes in on others' conversations and/or activities</i>	0	1	2	3
19. Discute con adultos <i>Argues with adults</i>	0	1	2	3
20. Se enfurece con facilidad <i>Loses temper</i>	0	1	2	3
21. Desafía abiertamente o se niega a cumplir las órdenes o las reglas de los adultos <i>Actively defies or refuses to go along with adults' requests or rules</i>	0	1	2	3
22. Molesta adrede a los demás <i>Deliberately annoys people</i>	0	1	2	3
23. Culpa a otros de sus propios errores o su mal comportamiento <i>Blames others for his or her mistakes or misbehaviors</i>	0	1	2	3
24. Se ofende o se molesta fácilmente con otros <i>Is touchy or easily annoyed by others</i>	0	1	2	3
25. Está enojado(a) o resentido(a) <i>Is angry or resentful</i>	0	1	2	3
26. Es rencoroso y vengativo <i>Is spiteful and wants to get even</i>	0	1	2	3
27. Reta, amenaza o intimida a otros <i>Bullies, threatens, or intimidates others</i>	0	1	2	3
28. Comienza peleas de contacto físico <i>Starts physical fights</i>	0	1	2	3
29. Miente con el fin de salir de apuros o para eludir sus obligaciones <i>Lies to get out of trouble or to avoid obligations (ie, "cons" others)</i>	0	1	2	3
30. Falta a la escuela sin permiso <i>Is truant from school (skips school) without permission</i>	0	1	2	3

**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 <i>Is physically cruel to people</i>	0	1	2	3
32. Ha robado cosas de valor <i>Has stolen things that have value</i>	0	1	2	3
33. Destruye deliberadamente la propiedad ajena <i>Deliberately destroys others' property</i>	0	1	2	3
34. Ha usado un objeto que puede herir a alguien (bate, cuchillo, ladrillo, pistola) <i>Has used a weapon that can cause serious harm (bat, knife, brick, gun)</i>	0	1	2	3
35. Tortura animales <i>Is physically cruel to animals</i>	0	1	2	3
36. Ha provocado fuegos para causar daños <i>Has deliberately set fires to cause damage</i>	0	1	2	3
37. Ha entrado a una casa, un negocio o un carro ajeno <i>Has broken into someone else's home, business, or car</i>	0	1	2	3
38. Ha permanecido fuera de la casa sin permiso durante la noche <i>Has stayed out at night without permission</i>	0	1	2	3
39. Se ha escapado de la casa durante la noche <i>Has run away from home overnight</i>	0	1	2	3
40. Ha obligado a alguien a sostener algún tipo de actividad sexual <i>Has forced someone into sexual activity</i>	0	1	2	3
41. Siente miedo, ansiedad o está preocupado <i>Is fearful, anxious, or worried</i>	0	1	2	3
42. Teme hacer nuevas cosas por temor a cometer errores <i>Is afraid to try new things for fear of making mistakes</i>	0	1	2	3
43. Se desprecia a sí mismo se siente inferior <i>Feels worthless or inferior</i>	0	1	2	3
44. Siente que los problemas son responsabilidad suya y se siente culpable <i>Blames self for problems, feels guilty</i>	0	1	2	3
45. Se siente solo(a), rechazado(a) o sin amor; se queja de que nadie lo quiere <i>Feels lonely, unwanted, or unloved; complains that "no one loves him or her"</i>	0	1	2	3
46. Se siente triste, infeliz o deprimido(a) <i>Is sad, unhappy, or depressed</i>	0	1	2	3
47. Está al pendiente de sus actos o se avergüenza fácilmente <i>Is self-conscious or easily embarrassed</i>	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 <i>Overall school performance</i>	1	2	3	4	5
49. Lectura <i>Reading</i>	1	2	3	4	5
50. Escritura <i>Writing</i>	1	2	3	4	5
51. Matemáticas <i>Mathematics</i>	1	2	3	4	5
52. Relación con sus padres <i>Relationship with parents</i>	1	2	3	4	5
53. Relación con sus hermanos <i>Relationship with siblings</i>	1	2	3	4	5
54. Relación con sus compañeros <i>Relationship with peers</i>	1	2	3	4	5
55. Participación en actividades organizadas (ejemplo: equipos deportivos) <i>Participation in organized activities (eg, teams)</i>	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: \_\_\_\_\_