

Pediatric Symptom Checklist SPANISH (PSC)

With Bursch Addendum for Inpatient Units

MRN:
Patient Name:
DOB:

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 su hijo(a).

Completado Por: _____

Fecha de hoy: _____

Indique cual síntoma mejor describe a su hijo(a):

	Nunca (0)	Algunas Veces (1)	Frequent- amente (2)
1. Se siente triste, infeliz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Se siente sin esperanzas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Se siente mal de sí mismo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Se preocupa mucho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Parece divertirse menos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Es inquieto(a), incapaz de sentarse tranquilo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sueña despierto demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Se distrae fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tiene problemas para concentrarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Es muy activo(a), tiene mucha energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Pelea con otros niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. No obedece las reglas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. No comprende los sentimientos de otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Molesta o se burla de otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Culpa a otros por sus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Se niega a compartir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Toma cosas que no le pertenecen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Parece confundido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Es tener malos sueños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Habla menos de lo usual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Se rehusa a tomar medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Si siente culpable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Es temeroso de los doctores y/o enfermeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Siente que los doctores y/o enfermeras no le escuchan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. No se adapta bien por estar en el hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Esta nervioso, se sobresalta or se asusta fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Se niega a hacerse exámenes u otros procedimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Tiene miedo de nuevas situaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Está irritable o enojado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Grita más que de costumbre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Acciones más jóvenes que niños su edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. ¿Tiene su hijo(a) algún problema emocional o del comportamiento para el cual necesita ayuda? No Sí

33. ¿Tiene su niño tiene síntomas físicos para lo cual necesita ayuda? No Sí

34. ¿Usted cree que su hijo/a beneficiaría si aprende o adquiere tácticas o habilidades para ayudarle a manejar el dolor o el miedo? No Sí

35. ¿Usted cree que su hijo(a) beneficiarse en hablar o hacer preguntas del equipo médico? No Sí

1-17 >> Score: _____ (If >15, or Yes to 32,33, 34 or 35 please notify MD) 1-31>> Score: _____