

Youth Pediatric Symptom Checklist

SPANISH

(Y-PSC)

With Bursch Addendum for Inpatient Units
(Age 11 years or above)

MRN:
 Patient Name:
 DOB:

Completado Por: _____

Fecha de hoy: _____

Indique cual síntoma mejor te describe:

	Nunca (0)	A Veces (1)	Seguido (2)
1. Eres inquieto(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Te sientes triste, infeliz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Eres muy soñador(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Te rehusas a compartir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. No comprendes los sentimientos de otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Te sientes sin esperanzas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tienes problemas para concentrarte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Te peleas con otros niños(as)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Te criticas a ti mismo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Culpas a otros por tus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Parece que te diviertes menos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. No obedeces reglas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Eres incansable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Molestas a otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Te preocupas mucho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Tomas cosas que no te pertenecen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Te distraes fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Parece confundido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Tener malos sueños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Estoy hablando menos de lo usual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Estoy sintiendo culpable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Tengo miedo de nuevas situaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Estoy nervioso o miedo de los médicos o enfermeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Siente que los médicos y/o enfermeras no se escuchan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. No se adaptan bien por estar en el hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Se sobresalta or se asusta fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Han sido negarse exámenes, estudios, u otros procedimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Tengo miedo de nuevas situaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Irritable o enojado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Lloro más de lo habitual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Actuar más joven que los niños la misma edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Tienes algún problema emocional o de comportamiento para el cual quieres ayuda? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			
33. De momento ¿te estás consultando con un profesional de salud mental? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			

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