PROMISE COMMUNITY HEALTH CENTER
• mental health •
33 4th Street NW, Sioux Center, Iowa 51250 | 712-722-1700 | care@promisechc.org | promisechc.org

MENTAL HEALTH PACKETS – 7-11

1. Welcome Letter
2. Mental Health Agreement
3. Minor Consent
4. Telehealth Consent
5. Release of Info Consent
6. SMFO – PATIENT
7. SMFO – PARENT
8. SCARED – PATIENT
9. SCARED - PARENT
10. NICHQ

PROMISE COMMUNITY HEALTH CENTER
• mental health •

33 4th Street NW, Sioux Center, Iowa 51250 | 712-722-1700 | care@promisechc.org | promisechc.org

Estimado paciente nuevo:

Le damos la bienvenida a la práctica de Emily Leinen, PMNHP. Apreciamos la confianza que ha puesto en nosotros como uno de sus proveedores de atención médica, y gracias por elegir a Promise.

Tenemos algunos recordatorios importantes que informarle para que tenga una excelente experiencia mientras visita nuestra oficina. Usted es muy importante para nosotros, y cada cita es valiosa.

- Le pedimos que llegue 20 minutos antes de su cita programada.
- Como proveedora psiquiátrica, Emily forma parte de una práctica especializada. Mientras que la facturación será manejada igual, su copago o deducible podría ser un poco más alto.
- Si necesita cancelar o reprogramar su cita, par favor llámenos al 712-722-1700 lo más pronto posible. Si falta a tres citas, ya sea por no presentarse, llegar tarde (más de 15 minutos) o cancelar con poca anticipación–puede resultar en la terminación su atención con Emily Leinen, PMHNP. Esto nos ayuda a respetar su tiempo, el tiempo de su proveedor y el de otras personas que esperan recibir atención.
- El horario de atención de la PMHNP es el siguiente:
    - De martes a viernes de 8am-5pm
- Los rellenos de medicamentos serán realizados únicamente durante el horario de atención.
- Por favor, use el estacionamiento que está frente de Promise.

Adjunto encontrará la documentación para pacientes nuevos. Por favor, devuelva el papeleo completado a nuestra oficina por correo postal, correo electrónico, o entregándolos personalmente en nuestra oficina.

Correo electrónico: medicalrecords@promisechc.org
Correo: 33 4th Street NW
Attn: Medical Records
Sioux Center, IA 51250

Usted recibirá una llamada o un texto recordatorio de nuestro servicio automatizado antes de su cita. Si tiene alguna pregunta, por favor no dude en llamar a nuestra oficina al 712-722-1700. Estamos emocionados por conocerle.

Emily Leinen, PMHNP

PROMISE COMMUNITY HEALTH CENTER
• mental health •

33 4th Street NW, Sioux Center, Iowa 51250 | 712-722-1700 | care@promisechc.org | promisechc.org

Acuerdo del Paciente de Salud Mental Psiquiátrica

En Promise Community Health, entendemos que a veces eventos inesperados o emergencias pueden impedirle asistir a su cita programada. Sin embargo, debido a la alta demanda de nuestros servicios, le pedimos amablemente que respete el siguiente acuerdo para asegurarnos de poder brindar atención oportuna a todos nuestros pacientes.

Nuestra Compromiso como Proveedor de Salud Mental Psiquiátrica:

- Proporcionar atención psiquiátrica de alta calidad basada en la evidencia
- Proporcionar un ambiente de cuidado donde usted se sienta escuchado y comprendido
- Crear un plan de tratamiento holístico centrado en el paciente
- Proporcionar un recordatorio de cortesía al menos 2 días antes de su cita programada, así como otros recordatorios y comunicaciones de seguimiento según sea necesario.

Su Compromiso como Paciente de Salud Mental Psiquiátrica:

- Proporcionar información precisa sobre la salud, datos personales, información financiera y de seguro médico para garantizar la mejor atención posible, incluyendo:
    - Números de teléfono actuales y actualizados
    - Domicilio donde podamos comunicarnos con usted
- Confirmar y asistir a las citas programadas, y ser puntual
    - Las citas deben cancelarse o reprogramarse con un mínimo de 48 horas de anticipación (2 das hábiles)
    - Llegar 15 minutos tarde a una cita, se considerará como una cita no atendida y será necesario reprogramarla.
- Comprenda que las citas perdidas afectan a su plan de tratamiento y quitan la oportunidad para que otro paciente sea atendido. Este acuerdo está diseñado para respetar el tiempo de todos, incluso el suyo, el de su proveedor y el de otras personas que necesiten una cita.
- Comprenda que, faltar a 3 citas dentro de un periodo de 6 meses resultara en que únicamente podrá acceder a citas disponibles para el mismo día. Podrá ser elegible para programar citas con mayor anticipación nuevamente después de 6 meses a partir de la ultima cita no atendida.
- Una cita no atendida se define como:
    - No asistir a una cita programada
    - Llegar tarde
    - Cancelar con menos de 2 días hábiles de anticipación
    - Reprogramar la cita más de 3 veces
- Comprenda que una cita reprogramada debe ser atendida dentro de los 30 días siguientes a la fecha original de la cita.

Este acuerdo se ha establecido para respetar a tres personas esenciales: usted (el paciente), su proveedor, y otras personas que están esperando a ser atendidas.

Valoramos su tiempo y el nuestro, y agradecemos su comprensión y cooperación en el cumplimiento de este acuerdo. Si tiene alguna pregunta o necesita más aclaraciones, por favor no dude en preguntamos.

Firma: _____ Fecha: _____

PROMISE COMMUNITY HEALTH CENTER
• mental health •

33 4th Street NW, Sioux Center, Iowa 51250 | 712-722-1700 | care@promisechc.org | promisechc.org

MINOR CONSENT FORM

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento del Paciente: _____

Yo _____ (nombre del padre/tutor) soy el tutor legal del paciente mencionado y no hay órdenes judiciales en vigor que me prohibiría conferir el poder de dar consentimiento para que el paciente consulte y reciba tratamiento. Doy mi consentimiento para que el paciente sea visto y reciba tratamiento para la cita con:

Proveedor: _____ Fecha de la cita: _____

Doy permiso para que el paciente asista a la cita (elija una):

- ☐ Sin la presencia de un adulto
- ☐ Acompañado por otro adulto:

Nombre completo: _____ Relación al paciente: _____

Por la presente autorizo y nombro a la persona antes mencionada como el adulto que, en ml ausencia, estará autorizado a dar su consentimiento para todos los tratamientos médicos/sanitarios/dentales o de salud mental y/o tratamientos quirúrgicos y/u otros procedimientos razonables y necesarios que se requieran durante mi ausencia para el menor antes mencionado y descrito. En consideración a los servicios que se presten a dicho menor antes mencionado, yo acepto pagar por todos esos servicios.

Doy mi consentimiento para que el niño reciba las vacunas recomendadas par el proveedor:

- ☐ Si
- ☐ No

Doy consentimiento que esta autorización sea efectiva por el plazo de:

- ☐ Sólo para la fecha de la consulta antes indicada
- ☐ Hasta seis meses después de la fecha de la consulta
- ☐ Otras fechas indicadas, que no excederán de los seis meses: _____

Esta autorización sólo es efectiva para la opción indicada arriba. El consentimiento puede aplicarse a una fecha diferente si se vuele a programar la consulta indicada. Este consentimiento se puede cancelar antes del tiempo indicado con notificación a Promise CHC que yo deseo revocarlo.

_____ _____

Firma del Padre/Tutor Legal Fecha

PROMISE COMMUNITY HEALTH CENTER
• mental health •

33 4th Street NW, Sioux Center, Iowa 51250 | 712-722-1700 | care@promisechc.org | promisechc.org

Consentimiento Informado para servicios de Telesalud

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Objetivo: Le autorizo a Promise Community Health Center, así como a todo el personal, a proporcionar servicios de telesalud con el fin de prestar servicios médicos y/o de salud mental, incluyendo la evaluación, el tratamiento, el seguimiento y los propósitos educativos. Entiendo que Promise Community Health Center utilizará la telesalud para el cuidado de mi tratamiento. Le autorizo a Promise Community Health Center a enviar un enlace electrónico al correo electrónico o al número telefónico que yo he proporciono para tener acceso.

Esencia de Telesalud: La telesalud utiliza una comunicación bidireccional en tiempo real entre el paciente y el medico en un lugar a distancia, con audio y video. La telesalud, en el estado de Iowa, no incluye los servicios a través del teléfono usando sólo audio, mensaje de correo electrónico ni servicios de fax. La Telesalud debe utilizar una plataforma que cumpla con la ley HIPAA y que le permita a los pacientes y a los proveedores conectarse a través de una interacción de video en tiempo real codificada.

Confidencialidad: Se han hecho esfuerzos razonables y apropiados para eliminar cualquier riesgo confidencial asociado con los servicios de telesalud, y todas las protecciones de confidencialidad existentes en virtud de la ley federal y del estado de Iowa se aplican a la información revelada durante los servicios de telesalud. El proveedor ofrecerá telesalud a través de un lugar de práctica aprobada. El paciente puede estar en cualquier lugar (en estado de Iowa) cuando se ofrece la telesalud. Por favor, considere su alrededor para la seguridad y la confidencialidad. Estoy de acuerdo de que mi proveedor ha discutido estas precauciones conmigo.

Derechos: Puede retener o retirar el consentimiento para los servicios de telesalud en cualquier momento sin que ello afecte a su futura atención o tratamiento, sin arriesgarse a la pérdida o retirada de cualquier beneficio del servicio al que de otro modo tendría derecho.

Para las visitas médicas: Entiendo que examen limitado puede realizarse durante la videoconferencia y que tengo el derecho de pedirle a mi proveedor de salud que suspenda la conferencia en cualquier momento. Entiendo que algunas partes del examen pueden ser realizadas por individuos cerca de mi localidad bajo la dirección del médico consultor.

Beneficios Esperados:

- Mejor acceso a la atención
- Obtener conocimiento especializado de un proveedor en un lugar distante

Riesgos Potenciales: Como en cualquier prestación de servicios, existen riesgos potenciales relacionados con el uso de la telesalud. Estos riegos incluyen, pero no se limitan a:

- La información transmitida puede no ser suficiente (por ejemplo, la mala calidad de la resolución)
- Podrían producirse demoras en la evaluación o el tratamiento debido a deficiencias o fallos del equipo
- Los sistemas de software podrían fallar causando una violación de la privacidad de la información personal
- El proveedor de seguros puede o no cubrir los servicios de telesalud y, por lo tanto, puede incurrir en gastos de servicios

Si necesita continuar con una conversación no terapéutica, considere los siguientes recursos de apoyo:

- Línea telefónica de salud mental: 1-800-273-8255
- Centro de llamadas para víctimas de Iowa: 1-800-770-1650
- Línea de Texto de Ayuda a las Victimas - Mande texto a – IOWAHELP al 20121

En caso de emergencia, por favor marque 9-1-1 para la continuidad de la atención médica. No utilice los servicios de telesalud.

Reconozco que estoy informado de todos los posibles riesgos, consecuencias y beneficios de los servicios de telesalud. He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de la información proporcionada en este formulario y los servicios que hay en ello.

Todas mis preguntas han sido contestadas, y entiendo la información escrita proporcionada anteriormente. Por la presente autorizo el uso de los servicios de telesalud como se ha indicado anteriormente, y acepto participar y pagar por los servicios de telesalud. Reconozco que puedo recibir una copia de este documento si la solicito.

Firma del Paciente o del Padre/Tutor Legal (si el paciente es menor de edad): _____ Fecha: _____

Firma del Testigo: _____ Fecha: _____

La ley estatal de Iowa, aprobada en virtud de la Ley HF 2305, permite que "una póliza, contrato o plan que prevea el pago a terceros o el pago anticipado de gastos médicos o de salud no discrimine entre las prestaciones de cobertura de los servicios de atención de la salud que se prestan en persona y los mismos servicios do atención de la salud que se prestan a través de la telesalud". Esta ley entra en vigor el 1 de enero de 2019.

PROMISE COMMUNITY HEALTH CENTER
• mental health •

33 4th Street NW, Sioux Center, Iowa 51250 | 712-722-1700 | care@promisechc.org | promisechc.org

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Fecha: _____ Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Por la presente, autorizo a Promise Community Health Center a divulgar cualquier información, incluyendo diagnósticos y registros de cualquier tratamiento o examen que se me haya proporcionado. Además, también autorizo la divulgación de información a Promise Community Health Center por parte de la persona que me refirió, agencia u otra entidad que se indica a continuación.

Nombre de la Persona o Institución Número de Teléfono

Dirección Postal Completa/Calle/PO Box Ciudad Estado Código Postal

Marque la información que se divulgará – La información se limita a dos (2) años anteriores, a menos que se solicite lo contrario.

☐ Registro de Nacimiento, resultados metabólicos y auditivos ☐ Mamografía _____

☐ Electrocardiograma, ECG (más reciente) ☐ Tomografía computada/Imágenes por resonancia magnética _____

☐ Notas de progreso/Visitas al médico – Rango de fechas: _____ (dos años anteriores si no especificado)

☐ Resultados de laboratorio – Por favor, especifique el tipo y fecha: _____

☐ Registros Dentales

☐ Otro – Por favor, especifique el tipo y fecha: _____

De la siguiente manera:

☐ Correo ☐ Fax ☐ Otro_____

☐ Quien recogerá las copias _____

Según mi solicitud, la razón por la divulgación de la información es la siguiente:

☐ Copia para sí mismo ☐ Transición de Cuidado ☐ Seguro Médico ☐ Legal

☐ Otro (por favor especifique) _____

Autorización específica para divulgar la información protegida por la ley estatal o federal

Autorizo la divulgación de la información que figura a continuación, que exige el consentimiento especifico de acuerdo con la ley federal y estatal. (Debe poner sus iniciales en cualquier categoría que pueda ser divulgada)

Abuso de Sustancias _____ Salud Mental _____ Información relacionada con el VIH _____

Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo cancelar este consentimiento para divulgar información en cualquier momento mediante el envío de una notificación por escrito a Promise Community Health Center. Entiendo que cualquier comunicado que se hizo antes de mi cancelación en cumplimiento de la presente autorización no constituye una violación de mis derechos a la confidencialidad. La divulgación no autorizada y una vez se revele información puede no estar protegida por las regulaciones federales de privacidad. Entiendo que puedo revisar la información divulgada o hacer preguntas poniéndome en contacto con Promise Community Health Center. Una fotocopia o un fax de esta autorización es tan válida como la original.

Entiendo que Promise Community Health Center no puede requerir que llene este formulario, como condición de tratamiento. Sin embargo, cuando la prestación de servicios es el único fin de crear un informe médico (Información de salud protegida) para un tercero, al negarse a firmar puede resultar en la negación de esos servicios.

Este acuerdo se vencerá en un (1) año a partir de la fecha de la firma, al menos que sea revocado previamente o se indique lo contrario.

_____ _____
Firma de Paciente o Representante Legal Fecha

_____ _____
Relación si no es el Paciente Firma del testigo/enfermero/a

PROMISE COMMUNITY HEALTH CENTER
• mental health •
33 4th Street NW, Sioux Center, Iowa 51250 | 712-722-1700 | care@promisechc.org | promisechc.org

CUESTIONARIO DEL ESTADO DE ANIMO Y SENTIMIENTOS – VERSIÓN PARA EL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha: _____

Esta forma es sabre c6mo te pudiste haber sentido o comportado recientemente.

Instrucciones: Por favor marque cuanto te has sentido o comportado en esta manera en las últimas dos semanas para cada oraci6n.

- Si la oraci6n es cierta de ti la mayoría del tiempo, selecciona el **CIERTO**.
- Si es cierto de vez en cuando, selecciona el **A VECES**.
- Si la oraci6n no es cierta de ti, selecciona el **NO ES CIERTO**.

	NO ES CIERTO	A VECES	CIERTO
1. Me sentí miserable o infeliz			
2. No disfrute nada			
3. Estuve tan cansado/a que pasé el tiempo y no hice nada			
4. Estuve muy inquieto/a			
5. Sentí coma si ya no valiera			
6. Llore mucho			
7. Encontré difícil de pensar claramente y concentrarme			
8. Me odie a mí mismo			
9. Sentí que era mala persona			
10. Sentí solo/a			
11. Pensé que nadie realmente me quería			
12. Pensé que nunca podría ser tan bueno coma otros niños			
13. Hice todo mal			

PROMISE COMMUNITY HEALTH CENTER
• mental health •
33 4th Street NW, Sioux Center, Iowa 51250 | 712-722-1700 | care@promisechc.org | promisechc.org

CUESTIONARIO DEL ESTADO DE ANIMO Y SENTIMIENTOS – VERSION DEL PADRE

Nombre: _____ Fecha: _____

Esta forma se trata de como su hijo(a) pudo haber sentido o comportado recientemente.

Instrucciones: Por favor marca (✓) cuanto se ha sentido o comportado en esta manera en las últimas **dos semanas** para cada oración.

- Si la oración es cierta la mayoría del tiempo selecciona **CIERTO**.
- Si es cierto de vez en cuando selecciona **A VECES**.
- Si la oración no es cierta selecciona **NO ES CIERTO**.

	NO ES CIERTO	A VECES	CIERTO
1. Se sintió miserable o infeliz			
2. No disfrutó nada.			
3. Estuvo tan cansado(a) que pasó el tiempo y no hizo nada.			
4. Estuvo muy inquieto(a).			
5. Se sintió como si ya no valiera.			
6. Lloró mucho.			
7. Encontró difícil de pensar claramente y concentrarse.			
8. Se odió a sí mismo(a).			
9. Sintió que era mala persona.			
10. Sintió solo(a).			
11. Pensó que nadie realmente lo (a) quería.			
12. Pensó que nunca podría ser tan bueno como otros niños.			
13. Sintió que hizo todo mal.			

PROMISE COMMUNITY HEALTH CENTER
• mental health •
33 4th Street NW, Sioux Center, Iowa 51250 | 712-722-1700 | care@promisechc.org | promisechc.org

AUTO-REPORTE PARA DESÓRDENES RELACIONADOS CON LA ANSIEDAD EN LA INFANCIA – FORMA PARA NIÑOS

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Para cada frase marque la respuesta que parece describirlo(a) durante los últimos 3 meses.

	0 – Casi nunca o nunca es cierto	1 – Es cierto algunas veces	2 – Casi siempre o siempre es cierto
1. Cuando tengo miedo, no puedo respirar bien			
2. Cuando estoy en la escuela me duele la cabeza			
3. No me gusta estar con personas que no conozco bien			
4. Cuando duermo en una casa que no es la mía, me da miedo			
5. Me preocupa saber si le caigo bien a la gente			
6. Cuando tengo miedo, siento que me voy a desmayar			
7. Soy una persona nerviosa			
8. Sigo a mis padres a donde ellos van			
9. La gente me dice que me veo nervioso(a)			
10. Me pongo nervioso(a) cuando estoy con personas que no conozco bien			
11. Cuando estoy en la escuela me duele el estómago (panza)			
12. Cuando tengo mucho miedo, me siento como si me fuera a enloquecer			
13. Me preocupo cuando tengo que dormir solo(a)			
14. Me preocupo de ser tan bueno(a) como los otros niños (por ejemplo: en mis estudios o deportes)			
15. Cuando tengo mucho miedo, siento como si las cosas fueran diferentes o no reales			
16. En las noches sueño que cosas malas le van a pasar a mis padres			
17. Me preocupo cuando tengo que ir a la escuela			
18. Cuando tengo mucho miedo, el corazón me late muy rápido			
19. Cuando tengo mucho miedo, yo tiemblo			
20. Tengo pesadillas de que me va a pasar algo malo			
21. Me preocupa pensar como me van a salir las cosas			
22. Sudo mucho cuando tengo miedo			
23. Me preocupo demasiado			
24. Tengo miedo por ninguna razón			
25. Me da miedo estar solo(a) en la casa			
26. Me cuesta trabajo hablar con personas que no conozco			
27. Cuando tengo miedo, siento como si no pudiera tragar			
28. Las personas me dicen que yo me preocupo demasiado			
29. No me gusta estar lejos de mi familia			

30. Tengo miedo de tener ataques de nervios (pánico)			
31. Me preocupa pensar que algo malo le va a pasar a mis padres			
32. Me da vergüenza cuando estoy con personas que no conozco			
33. Me preocupa que me pasara cuando sea grande			
34. Cuando tengo miedo me dan ganas de vomitar			
35. Me preocupa saber si hago las cosas bien			
36. Tengo miedo de ir al colegio			
37. Me preocupan las cosas que ya han pasado			
38. Cuando tengo miedo, me siento mareado(a)			
39. Me siento nervioso(a) cuando tengo que hacer algo delante de otros niños o adultos (ejemplos: leer en voz alta, hablar, jugar)			
40. Me siento nervioso(a) de ir a fiestas, bailes, o alguna parte donde hay gente que no conozco			
41. Soy tímido(a)			
TOTALS			

PROMISE COMMUNITY HEALTH CENTER
• mental health •
33 4th Street NW, Sioux Center, Iowa 51250 | 712-722-1700 | care@promisechc.org | promisechc.org

AUTO-REPORTE PARA DESORDENES RELACIONADOS CON LA ANSIEDAD EN LA INFANCIA (SCARED) – FORMA PARA LOS PADRES – DEBEN SER COMPLETADO POR EL PADRE

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Para cada frase marque la respuesta que describa a su hijo(a) durante los ultimas 3 meses. Por favor conteste las preguntas lo mejor que pueda incluso si hay algunas que no son de preocupación para su hijo(a).

	0 – Casi nunca o nunca es cierto	1 – Es cierto algunas veces	2 – Casi siempre o siempre es cierto
1. Cuando siente miedo, le cuesta respirar bien.			
2. Cuando está en la escuela, se queja de dolor de cabeza.			
3. No le gusta estar con personas que no conoce bien.			
4. Le da miedo dormir en otras casas.			
5. Se preocupa de lo que piensan de él (ella).			
6. Cuando tiene miedo, siente que se va a desmayar.			
7. Es un niño(a) nervioso(a).			
8. Me sigue a todas partes donde voy (es como mi "sombra").			
9. La gente dice que mi hijo(a) se ve nervioso(a).			
10. Se pone nervioso(a) con personas que no conoce bien.			
11. Cuando está en la escuela le duele el estómago.			
12. Cuando tiene mucho miedo, se siente como si se fuera a "enloquecer".			
13. Se preocupa si tiene que dormir solo(a).			
14. Se preocupa de ser tan bueno(a) como los otros niños.			
15. Cuando tiene mucho miedo siente como si las cosas no fueran reales.			
16. Sueña que algo malo le va a pasar a su mamá o a su papá.			
17. Se preocupa cuando tiene que ir a la escuela.			
18. Cuando tiene miedo, el corazón le late muy rápido.			
19. Cuando tiene miedo, se pone tembloroso.			
20. Sueña que algo malo le va a pasar a él (ella).			
21. Le preocupa como le van a salir las cosas.			
22. Cuando tiene miedo (nervios) suda mucho.			
23. Se preocupa demasiado.			
24. Le da mucho miedo sin tener ningún motivo.			
25. Le da miedo estar solo(a) en casa.			
26. Le cuesta trabajo hablar con personas que no conoce.			
27. Cuando tiene miedo, siente que se está ahogando.			
28. Las personas dicen que se preocupa demasiado.			
29. No le gusta estar separado de la familia.			

30. Le da miedo de tener ataques de ansiedad (pánico).			
31. Le preocupa que algo malo les pueda pasar a sus padres.			
32. Le da vergüenza cuando esta con personas que no conoce.			
33. Le preocupa que le vaya a pasar en el futuro.			
34. Cuando tiene miedo le dan ganas de vomitar.			
35. Le preocupa saber si esta hacienda las cosas bien.			
36. Tiene miedo de ir a la escuela.			
37. Le preocupan las cosas que ya han pasado.			
38. Cuando tiene miedo, se siente mareado(a).			
39. Se siente nervioso(a) cuando tiene que hacer algo delante de otros niños o adultos (por ejemplo: leer en voz alta, hablar, jugar).			
40. Se siente nervioso(a) de ir a fiestas, bailes o alguna parte donde hay gente que no conoce.			
41. Mi hijo(a) es tímido(a).			
TOTALS			

ADDRESSING Mental Health CONCERNS IN PRIMARY CARE
A CLINICIAN'S TOOLKIT

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

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

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

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

The recommendations in this publication do not indicate an exclusive course of treatment or serve as a standard of medical care. Variations, taking into account individual circumstances, may be appropriate. Original document included as part of *Addressing Mental Health Concerns in Primary Care: A Clinician's Toolkit.* Copyright © 2010 American Academy of Pediatrics. All Rights Reserved. The American Academy of Pediatrics does not review or endorse any modifications made to this document and in no event shall the AAP be liable for any such changes.

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