



<b>CHILD &amp; ADOLESCENT DEVELOPMENTAL &amp; PSYCHOSOCIAL HISTORY</b> <i>HISTORIA DE DESARROLLO Y PSICOSOCIAL INFANTIL Y ADOLESCENTE</i>	Today's Date: <i>Fecha de hoy:</i>
--	---------------------------------------

Child's Name: <i>Nombre del niño:</i>	Date of Birth: <i>Fecha de nacimiento:</i>	Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <i>Sexo Masculino Femenino</i>
--	---	---

School: <i>Escuela:</i>	Age/Grade: <i>Edad/Grado:</i>	Classroom Type: <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Other <i>Tipo de aula: Regular Otro</i>
----------------------------	----------------------------------	--

Your Name: <i>Su nombre:</i>	Relation to the Child: <i>Tu relación con el niño:</i>
---------------------------------	---

Names of Household Members Living with the Child <i>Nombres de miembros del hogar que viven con el niño</i>	Age <i>Edad</i>	Relation to the Child <i>Relación con el niño</i>

Names of Other Immediate Family Members NOT Living with the Child <i>Nombres de otros familiares directos que NO viven con el niño</i>	Age <i>Edad</i>	Relation to the Child <i>Relación con el niño</i>

**What are your main concerns about your child at this time?**  
*¿Cuáles son sus principales preocupaciones sobre su hijo en este momento?*

**Please indicate if the patient has a family history of any of the following conditions. (Check all that apply)**  
*Por favor indique si el paciente tiene antecedentes familiares de alguna de las siguientes condiciones: (Marque todo lo que corresponda)*

	<u>Mother's Side</u> <i>Parte de la Madre</i>	<u>Father's Side</u> <i>Parte del Padre</i>		<u>Mother's Side</u> <i>Parte de la Madre</i>	<u>Father's Side</u> <i>Parte del Padre</i>
<input type="checkbox"/> Seizure disorder <i>Trastornos Convulsivos</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Hyperactivity <i>Hiperactividad</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Early speech and language problems <i>Problemas Tempranos de Habla o Lenguaje</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Motor or vocal tics <i>Tics motores o vocales</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Early reading or spelling problems <i>Problemas Tempranos de Lectura-Escritura</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Restlessness or fidgeting <i>Inquietud o intranquilidad</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Early math problems <i>Problemas Tempranos de Aritmética</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Attention or concentration problems <i>Problemas de atención o concentración</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Drug or alcohol abuse <i>Abuso de Drogas o alcohol</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Anxieties, fears, or phobias <i>Ansiedades, miedos, o fobias</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Depression or mania <i>Depresión o manía</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Motor incoordination <i>Incoordinación motora</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Mental Retardation <i>Retraso Mental</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Significant shyness <i>Timidez significativa</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Psychosis or schizophrenia <i>Psicosis o esquizofrenia</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Serious medical illness <i>Enfermedad médica grave</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Psychiatric hospitalization <i>Hospitalización psiquiátrica</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Sexual abuse <i>Abuso sexual</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**PRENATAL (PREGNANCY) HISTORY HISTORIA PRENATAL (EMBARAZO)**

**Please mark any/all of the following regarding the mother's condition/habits while pregnant with the child (patient). Check all that apply.**

*Marque cualquiera o todo lo siguiente con respecto a la condición / hábitos de la madre durante el embarazo del niño (paciente). Marque todo lo que corresponda.*

<input type="checkbox"/> Smoked cigarettes <i>Cigarrillos fumados</i>	<input type="checkbox"/> Daily <i>Cada día</i>	<input type="checkbox"/> 2 or more a week <i>2 o mas cada semana</i>	<input type="checkbox"/> Once in a while <i>De vez en cuando</i>	Ave. number of cigarettes/day: <i>Promedio de cigarrillos por día</i> _____
<input type="checkbox"/> Drank alcohol <i>Bebió alcohol</i>	<input type="checkbox"/> Glass of Wine <i>Copa de vino</i>	<input type="checkbox"/> Beer <i>Cerveza</i>	<input type="checkbox"/> Mixed drinks <i>Cócteles</i>	Ave. amount/times a week: <i>Cantidad promedio/veces por semana</i> _____
<input type="checkbox"/> Used drugs <i>Drogas usadas</i>	<input type="checkbox"/> Daily <i>Cada día</i>	<input type="checkbox"/> 2 or more a week <i>2 o mas cada semana</i>	<input type="checkbox"/> Once in a while <i>De vez en cuando</i>	Type of drugs: <i>Tipo de drogas</i> _____
<input type="checkbox"/> Had bleeding <i>Tuve sangrado</i>	During what stage of the pregnancy: <i>Durante qué etapa del embarazo</i> _____			
<input type="checkbox"/> Was prescribed medications? <i>Se recetaron medicamentos</i>	What medications and why? <i>Qué medicamentos y por qué</i> _____			

**Did the mother experience any of the following medical conditions during pregnancy? (Check all that apply)**

*¿Experimentó la madre alguna de las siguientes condiciones médicas durante el embarazo? (Marque todo lo que corresponda)*

<input type="checkbox"/> Loss of consciousness <i>Pérdida de consciencia</i>	<input type="checkbox"/> High blood pressure <i>Alta presión sanguínea</i>	<input type="checkbox"/> Nutritional deficiency <i>Deficiencia nutricional</i>
<input type="checkbox"/> Toxemia <i>Toxemia</i>	<input type="checkbox"/> Low blood pressure <i>Presión arterial baja</i>	<input type="checkbox"/> Gestational diabetes <i>Diabetes gestacional</i>
<input type="checkbox"/> Emotional problems <i>Problemas emocionales</i>	<input type="checkbox"/> Other (specify) <i>Otra (especificar)</i> ➤ _____	

**NEONATAL (BIRTH) HISTORY HISTORIA NEONATAL (NACIMIENTO)**

Mother's age at child's birth: <i>Edad de la madre cuando nació este niño</i>	Was pregnancy carried to full term? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>¿Se llevó el embarazo a término completo? Sí No</i>	Labor was <input type="checkbox"/> easy <input type="checkbox"/> average <input type="checkbox"/> difficult <i>El trabajo de parto fue fácil promedio difícil</i>
Baby's birth weight: <i>Peso de nacimiento del bebé</i> _____ lbs. _____ oz.	Were forceps used? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>¿Usaron fórceps? Sí No</i>	Birth was <input type="checkbox"/> head first <input type="checkbox"/> breech <input type="checkbox"/> Caesarian <i>El nacimiento fue De cabeza De nalgas Cesárea</i>
Did baby have breathing problems at birth? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>¿El bebé tuvo problemas respiratorios al nacer? Sí No</i>	Was baby in any kind of distress at birth? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>¿Estaba el bebé en algún tipo de angustia al nacer? Sí No</i>	

Explain *Explicar* ➤ \_\_\_\_\_

**Check if the baby had any of the following conditions at birth (check all that apply):** *Marque cualquiera / todas las siguientes condiciones que el bebé tuvo al nacer:*

<input type="checkbox"/> Hydrocephalus <i>Hidrocefalia</i>	<input type="checkbox"/> Hyper/hypoglycemia <i>Hiper/hipoglucemia</i>	<input type="checkbox"/> Blood disorder <i>Desorden sanguíneo</i>
<input type="checkbox"/> Brain tumor(s) <i>Tumor cerebral</i>	<input type="checkbox"/> Hyper/hypothyroidism <i>Hiper/hipotiroidismo</i>	<input type="checkbox"/> Respiratory problems <i>Problemas respiratorios</i>
<input type="checkbox"/> Brain infections <i>Infección cerebral</i>	<input type="checkbox"/> High/low sodium <i>Alto/bajo sodio</i>	<input type="checkbox"/> Jaundice <i>Ictericia</i> <input type="checkbox"/> mild <input type="checkbox"/> severe <input type="checkbox"/> grave
<input type="checkbox"/> Turner's Syndrome <i>Síndrome de Turner</i>	<input type="checkbox"/> High/low calcium <i>Alto/bajo de calcio</i>	<input type="checkbox"/> Spinal Bifida <i>Espina bifida</i>
<input type="checkbox"/> Convulsions <i>Convulsiones</i>	<input type="checkbox"/> Other (specify) <i>Otra (especificar)</i> ➤ _____	

**EARLY CHILDHOOD (0 – 3 YEARS OLD) NIÑEZ TEMPRANA (0 - 3 AÑOS)**

**Check if you experience any of the following while the patient was a baby/toddler (check all the apply)**

*Marque si experimenta alguno de los siguientes mientras el paciente era un bebé / niño pequeño (marque todas las respuestas)*

Baby was generally <input type="checkbox"/> calm <input type="checkbox"/> cranky <input type="checkbox"/> happy <input type="checkbox"/> anxious <input type="checkbox"/> easy <input type="checkbox"/> difficult <input type="checkbox"/> active <input type="checkbox"/> overactive <input type="checkbox"/> underactive <i>El bebé era en general calmo irritable feliz ansioso fácil difícil active hiperactivo hipoactivo</i>	<b>At age 18+ months, did your baby have any of the following:</b> <i>A la edad de 18+ meses, ¿tu bebé tuvo alguno de los siguientes</i>
<input type="checkbox"/> Colic. Colic went away at _____ months <i>De cólico. El cólico se fue a los _____ meses</i>	<input type="checkbox"/> Vision problems <i>Problemas de visión</i>
<input type="checkbox"/> Had trouble sleeping <i>Tenido problemas para dormir</i>	<input type="checkbox"/> Aggressive behaviors <i>Comportamientos agresivos</i>
<input type="checkbox"/> Meningitis or encephalitis <i>Meningitis o encefalitis</i>	<input type="checkbox"/> Specific significant trauma <i>Trauma significativo específico</i>
<input type="checkbox"/> Seizures <i>Convulsiones</i>	<input type="checkbox"/> Speech disturbance <i>Problemas del habla</i>
<input type="checkbox"/> Problems ingesting food <i>Problemas para ingerir alimentos</i>	<input type="checkbox"/> Hearing problems <i>Problemas de audición</i>
<input type="checkbox"/> Frequent ear infections <i>Infecciones de oído frecuentes</i>	<input type="checkbox"/> Clumsiness <i>Torpeza</i>
<input type="checkbox"/> Loss of consciousness <i>Pérdida de consciencia</i>	<input type="checkbox"/> Difficulty understanding spoken words <i>Dificultad para entender las palabras habladas</i>
<input type="checkbox"/> Allergies to: <i>Alergias a</i> _____	<input type="checkbox"/> Significant odd behavior that worried you <i>Comportamiento extraño e importante que te preocupaba</i>
<input type="checkbox"/> Baby was hospitalized. At what age/s and why? <i>Bebé fue hospitalizado. ¿A qué edad/es y por qué?</i> _____	

Age when baby first sat up alone: <i>Edad cuando el bebé se sentó solo</i>	Age when baby first walked: <i>Edad cuando el bebé primero caminó</i>
Age when baby uttered first word/s: <i>Edad cuando el bebé pronunció la primera palabra/s</i>	Age when baby uttered first phrase/s: <i>Edad cuando el bebé pronunció la primera frase/s</i>
Age when child was successfully toilet-trained: <i>Edad cuando el niño fue entrenado para usar el baño</i>	Was toilet-training <input type="checkbox"/> easy <input type="checkbox"/> hard <i>Entrenamiento para ir al baño fue • fácil • difícil</i>
Did child lose bladder control repeatedly during the day (following toilet training)? <i>¿Perdió el niño el control de la vejiga repetidamente durante el día (después del entrenamiento para ir al baño)?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>Si</i> <input type="checkbox"/> No <i>No</i>
Did child lose bladder control repeatedly during the night (following toilet training)? <i>¿Perdió el niño el control de la vejiga repetidamente durante la noche (después del entrenamiento para ir al baño)?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>Si</i> <input type="checkbox"/> No <i>No</i>
Did child lose bowel control during the day (following toilet training)? <i>¿Perdió el niño el control intestinal durante el día (después del entrenamiento para ir al baño)?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>Si</i> <input type="checkbox"/> No <i>No</i>

**If your child attended daycare, what did the caregivers tell you about your child?**

*Si su hijo asistió a la guardería, ¿qué le dijeron los cuidadores sobre su hijo?*

**PRESCHOOL HISTORY (AGE 3-5 YEARS OLD) HISTORIA PREESCOLAR (DE 3 A 5 AÑOS)**

**List any serious illness and/or hospitalization your child experienced during these 3 years.**

*Haga una lista de cualquier enfermedad grave y / o hospitalización que su hijo haya experimentado durante estos 3 años.*

What illness <i>¿Qué enfermedades</i>	Hospitalized <i>Hospitalizado</i>	How long <i>¿Cuánto tiempo?</i>	Outcome <i>Resultados</i>
	<input type="checkbox"/> Yes <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No <i>No</i>		
	<input type="checkbox"/> Yes <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No <i>No</i>		
	<input type="checkbox"/> Yes <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No <i>No</i>		

**Check if any of the following describes your child at this stage. Mark all that apply.**

*Verifique si alguno de los siguientes describe a su hijo en esta etapa. Marque todo lo que corresponda.*

- Clumsy *Torpe*  Inattentive *Inatento*  Non-compliant *No conforme*  Too energetic/restless *Demasiado energético/inquieto*
- Uncoordinated *Descoordinado*  Overly aggressive *Excesivamente agresivo*  Inarticulate *Inarticulado*
- Anxious/Unhappy *Ansioso/Infeliz*  Hard to discipline *Difícil de disciplinar*  Unable to understand language *Incapaz de entender el lenguaje*

**Did your child attend**  Preschool?  Kindergarten? **Did your child have significant separation anxiety at**  Preschool?  Kindergarten?  
*Asistió su hijo a* *Preescolar* *Jardín de infancia* *¿Su hijo tuvo ansiedad por separación significativa durante el* *Preescolar?* *Jardín de infancia?*

**During preschool/kinder, did your child have any of the following learning and related issues? Check all that apply.**

*¿Su hijo tuvo alguno de los siguientes problemas de aprendizaje y relacionados durante el preescolar / kinder? Marque todo lo que corresponda.*

- Attention-span *Capacidad de atención*  Sitting still *Sentado todavía*  Learning the ABC's *Aprendiendo el ABC*
- Speech disturbance *Alteración del habla*  Listening *Escuchando*  Learning to count *Aprendiendo a contar*

**During preschool/kinder, did your child have any of the following problems getting along with other kids? Check all that apply.**

*¿Su hijo tuvo alguno de los siguientes problemas para llevarse bien con otros niños durante el preescolar/kinder? Marque todo lo que corresponda.*

- Overly aggressive *Excesivamente agresivo*  Not sharing *No compartiendo*  Withdrawn *Retirado*  Overly-shy *Excesivamente tímido*

**At home during this age, what problems did you have when parenting your child? Check all that apply.**

*¿Qué problemas tenías en casa durante esta edad, cuando criaste a tu hijo? Marque todo lo que corresponda.*

- Didn't listen *No escuché*  Clingy *Pegajoso*  Fighting with siblings *Peleando con hermanos*  Trouble separating *Problemas para separar*
- Disobedient *Desobediente*  Cried a lot *Llorado mucho*  Not sharing *No compartiendo*  Worried about something bad happening to parents *Preocupado de que algo malo le pase a los padres*

Were there significant marital problems during this stage? *¿Hubo problemas matrimoniales significativos durante esta etapa?*  Yes *Sí*  No *No*

If your child was exposed to these problems (fighting, yelling, verbal/physical violence), how did your child react?

*Si su hijo estuvo expuesto a estos problemas (peleas, gritos, violencia verbal / física), ¿cómo reaccionó su hijo?*

**Did your child develop any of the following motor tics (sudden, brief, recurrent, meaningless movements)? Check all that apply.**

*¿Desarrolló su hijo alguno de los siguientes tics motores (movimientos repentinos, breves, recurrentes y sin sentido)? Marque todo lo que corresponda.*

- Eye blinking *Parpadeo de los ojos*  Imitating someone else's moves *Imitando los movimientos de alguien más*
- Mouth movement *Movimiento de la boca*  Finger movement *Movimiento de los dedos*
- Shoulder shrugging *Encogimiento de hombros*  Abdominal tensing *Tensión abdominal*
- Arms jerking *Brazos sacudidas*  Facial gestures *Gestos faciales*
- Head jerking *Sacudidas de la cabeza*  Other (specify) *Otra (especificar)* ➤ \_\_\_\_\_

Did they last for more than 1 year?  Yes  No **List those that still exist** ➤

*¿Duraron más de 1 año?* *Sí* *No* *Enumere los que aún existen:*

**Did your child develop any of the following vocal tics (sudden, brief, recurrent, meaningless movements)? Check all that apply.**

*¿Desarrolló su hijo alguno de los siguientes tics vocales (movimientos repentinos, breves, recurrentes y sin sentido)? Marque todo lo que corresponda.*

- Snorting *Que bufa*  Throat clearing *Aclarando la garganta*
- Sniffing *Oliendo*  Repeating own words *Repetir palabras ya habladas*
- Grunting *Gruñido*  Imitating someone else's words/sounds *Imitando las palabras / sonidos de otra persona*
- Barking *Ladrando*  Repeating socially unacceptable or obscene words *Repetir palabras obscenas o socialmente inaceptables*

Did they last for more than 1 year?  Yes  No **List those that still exist** ➤

*¿Duraron más de 1 año?* *Sí* *No* *Enumere los que aún existen:*

**ELEMENTARY SCHOOL YEARS AÑOS ESCOLARES PRIMARIOS**

**Mark any of the following conditions, difficulties or experiences of your child during elementary school years. Check all that apply.**

*Marque cualquiera de las siguientes condiciones, dificultades o experiencias de su hijo durante la escuela primaria. Marque todo lo que corresponda.*

- Clumsiness *Torpeza*  Difficulties with Math in the following: *Dificultades con las matemáticas:*
- Attention span *Capacidad de atención*  Basic addition *Adición básica*
- Trouble telling left from right *Dificultad para distinguir izquierda de la derecha*  Basic subtraction *Resta básica*
- Poor handwriting *Mala escritura*  Multiplication tables *Tablas de multiplicación*
- Did not get along with peers *No se llevaba bien con los compañeros*  Concept of borrowing/remainders *Concepto de préstamos y números restantes*
- Makes careless errors when left alone to do math homework *Comete errores descuidados cuando se los deja solos para hacer tareas de matemáticas*

<input type="checkbox"/> Difficulties with <b>Reading</b> in the following: <i>Dificultades con la lectura en lo siguiente:</i> <input type="checkbox"/> Accuracy <i>Exactitud</i> <input type="checkbox"/> Speed <i>Rapidez</i> <input type="checkbox"/> Comprehension <i>Comprensión</i> <input type="checkbox"/> Phonics (sound of language) <i>Fonética (sonido del lenguaje)</i>	<input type="checkbox"/> Difficulties with <b>Spelling</b> : <i>Dificultades con la ortografía</i> <input type="checkbox"/> Writing letters backward <i>Escribir letras hacia atrás</i> <input type="checkbox"/> Need lots of help learning weekly spelling words <i>Necesitar mucha ayuda para aprender palabras semanales de ortografía</i> <input type="checkbox"/> Sloppy handwriting may be reason for poor spelling <i>Escritura descuidada puede ser motivo de mala ortografía</i> <input type="checkbox"/> Written composition with lots of spelling errors <i>La composición escrita tiene muchos errores de ortografía</i> <input type="checkbox"/> Learning correct spelling but forgetting the same words a week or so later <i>Aprender ortografía correcta, pero olvidando las mismas palabras una semana más tarde</i>	<input type="checkbox"/> Difficulties with <b>Speech</b> : <i>Dificultades con el habla</i> <input type="checkbox"/> Understanding other's speech <i>Para entender el habla de otra</i> <input type="checkbox"/> Trouble with own speech articulation <i>Problemas en la articulación del habla propia</i> <input type="checkbox"/> Received speech therapy <i>Recibió terapia del habla</i> <input type="checkbox"/> Special Education Resource Placement <i>Colocación de recursos de educación especial</i> Grade Level <i>Nivel de grado:</i> _____ <input type="checkbox"/> Held back in grade level(s): _____ <i>Retenido en nivel(es) de grado</i>
<input type="checkbox"/> Entered into <b>Special Reading Classes</b> : <i>Entrado en clases especiales de lectura</i> <input type="checkbox"/> Reading Improvement Program (RIP) <i>Programa de mejora de la lectura</i> Grade Level <i>Nivel de grado:</i> _____ <input type="checkbox"/> Title I Reading Class <i>Clase de lectura de Título I</i> Grade Level <i>Nivel de grado:</i> _____		

**Mark any of the following characteristics you know about your child during ages 5-12 years old. Check all that apply:**  
*Marque cualquiera de las siguientes características que conoce acerca de su hijo entre las edades de 5-12 años. Marque todo lo que corresponda:*

<input type="checkbox"/> Make careless mistakes in schoolwork or other activities <i>Cometer errores descuidados en el trabajo escolar u otras actividades</i> <input type="checkbox"/> Avoids/dislikes engaging in tasks that require mental effort <i>Evita/le disgusta dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental</i> <input type="checkbox"/> Has problems listening <i>Tiene problemas para escuchar</i> <input type="checkbox"/> Has difficulty following instructions <i>Tiene dificultad para seguir instrucciones</i> <input type="checkbox"/> Has trouble concentrating <i>Tiene dificultad para concentrarse</i> <input type="checkbox"/> Has problem organizing tasks and activities <i>Tiene problemas para organizar tareas y actividades</i> <input type="checkbox"/> Often forgetful in daily activities <i>A menudo olvidadizo en las actividades diarias</i> <input type="checkbox"/> Easily distracted <i>Distraído fácilmente</i> <input type="checkbox"/> Often lose things (i.e., homework, pencils, books, or other materials) necessary for tasks and activities <i>Pierde las cosas a menudo (es decir, las tareas escolares, lápices, libros u otros materiales) necesarios para las tareas y actividades</i>	<input type="checkbox"/> Has difficulty playing or occupying self quietly <i>Tiene dificultad para jugar o hacer algo en voz baja por el propio</i> <input type="checkbox"/> Has trouble remaining seated in class <i>Tiene problemas para permanecer sentado en clase</i> <input type="checkbox"/> Excessively talkative <i>Excesivamente hablador</i> <input type="checkbox"/> Become fidgety, squirmy, restless <i>Convertirse inquieto, intranquilo, desasosegado</i> <input type="checkbox"/> Constantly "on the go" <i>Constantemente "en movimiento"</i> <input type="checkbox"/> Often run around or climb inappropriate places <i>A menudo correteando o escalando lugares inapropiados</i> <input type="checkbox"/> Has trouble waiting turn in groups <i>Tiene dificultad en esperar su vez en grupos</i> <input type="checkbox"/> Often interrupt or intrude on others <i>A menudo interrumpir o entrometerse en los demás</i> <input type="checkbox"/> Often blurt out answers before the questions were asked <i>A menudo exclama respuestas antes de que se pidió a las preguntas</i>
--	--

Have you, your spouse, your child's teacher(s), or someone else ever use the word "hyperactive" to describe your child?  Yes  No *¿Usted, su cónyuge, el maestro de su hijo (s), o alguna otra persona ha consumido alguna vez la palabra "hiperactivo" para describir a su hijo?*

Who used the term? *¿Quién usó el término?* ➤ \_\_\_\_\_

Was your child ever prescribed medication for attention/hyperactive disturbance?  Yes  No *¿Alguna vez le recetaron medicamentos a su hijo para atención/trastorno hiperactivo?*

If yes, what medication? *Si es así, ¿qué medicamento?* ➤ \_\_\_\_\_

At what age? *¿A que edad?* \_\_\_\_\_ For how long? *¿Por cuanto tiempo?* \_\_\_\_\_ Was it effective? *¿Fue efectivo?*  Yes  No  Unsure *No segura*

**Mark any of the following behaviors you know about your child during ages 5-12 years old. Check all that apply:**  
*Marque cualquiera de los siguientes comportamientos que conozca acerca de su hijo entre las edades de 5-12 años. Marque todo lo que corresponda:*

<input type="checkbox"/> Fears separation from home or parents <i>Temores de separación del hogar o de los padres</i> <input type="checkbox"/> Fears that harm may happen on either parents <i>Los temores de que el daño puede ocurrir en cualquiera de los padres</i> <input type="checkbox"/> Fears going to school <i>Miedo a la escuela</i> <input type="checkbox"/> Has excessive fear of being left alone <i>Tiene un miedo excesivo a quedarse solo</i> <input type="checkbox"/> Reluctant to go to sleep at night <i>Reacio a ir a dormir por la noche</i> <input type="checkbox"/> Worries that unwarranted events will lead to separation <i>Preocupa que los eventos injustificados conduzcan a la separación</i> <input type="checkbox"/> Has repeated nightmares with the theme of separation from parents <i>Tiene pesadillas repetidas sobre ser separado de sus padres</i> <input type="checkbox"/> Afraid to be away from home overnight <i>Miedo de estar lejos de casa durante la noche</i> <input type="checkbox"/> Complains of physical pain (i.e., stomachaches, headaches) when separating from parents <i>Se queja de dolor físico (es decir, dolores de estómago, dolores de cabeza) al separarse de los padres</i>	<input type="checkbox"/> Stolen while confronting a victim <i>Robado mientras enfrenta a una víctima</i> <input type="checkbox"/> Set fires on property <i>Establecer propiedades en fuego</i> <input type="checkbox"/> Deliberately destroyed other's property <i>Destruyó deliberadamente la propiedad de otro</i> <input type="checkbox"/> Forced someone into sexual activity <i>Obligar a alguien a la actividad sexual</i> <input type="checkbox"/> Broken into someone else's property <i>Roto en la propiedad de otra persona</i>
--	---

**In the past 12 months, has your child behaved in the following ways? (Check all that apply)**  
*En los últimos 12 meses, ¿se ha comportado su hijo de las siguientes maneras? (Marque todo lo que corresponda)*

<input type="checkbox"/> Often threatened or intimidated others <i>A menudo amenaza o intimida a otros</i> <input type="checkbox"/> Often initiated physical fights <i>A menudo iniciado peleas físicas</i> <input type="checkbox"/> Used a weapon in a fight <i>Usó un arma en una pelea</i> <input type="checkbox"/> Been physically cruel to animals <i>Sido físicamente cruel con los animales</i> <input type="checkbox"/> Been physically cruel to people <i>Sido físicamente cruel con las personas</i> <input type="checkbox"/> Often lied to obtain goods, or "cons" others <i>A menudo mentido para obtener bienes o engañado demás</i> <input type="checkbox"/> Stolen valuable items without confronting victim (e.g., shoplifting, forgery) <i>Robado objetos de valor sin confrontar víctima (por ejemplo, robo en tiendas, falsificación)</i> <input type="checkbox"/> Often stayed out at night despite parental prohibition <i>A menudo se quedó fuera en la noche a pesar de la prohibición de los padres</i> <input type="checkbox"/> Ran away from home overnight more than once <i>Escapó de su casa durante la noche más de una vez</i>	<input type="checkbox"/> Stolen while confronting a victim <i>Robado mientras enfrenta a una víctima</i> <input type="checkbox"/> Set fires on property <i>Establecer propiedades en fuego</i> <input type="checkbox"/> Deliberately destroyed other's property <i>Destruyó deliberadamente la propiedad de otro</i> <input type="checkbox"/> Forced someone into sexual activity <i>Obligar a alguien a la actividad sexual</i> <input type="checkbox"/> Broken into someone else's property <i>Roto en la propiedad de otra persona</i>
---	---

- Often been truant from school, beginning before age 13 years *A menudo se saltó a la escuela, que comienza antes de los 13 años*
- Was there any behavior listed (above) that began prior to 10 years old? *¿Hubo algún comportamiento enumerado a la izquierda que comenzó antes de los 10 años de edad?*
- Juvenile Court involvement *Estar en el Tribunal de Menores* What charges? *¿Qué cargos?* \_\_\_\_\_
- How serious do you consider these charges? *¿Qué tan serio considera estos cargos?* Mild *Leve* Moderate *Moderado* Severe *Grave*

**During the past 6 months, has your child behaved in the following manner? (Check all that apply)**

*Durante los últimos 6 meses, ¿se ha comportado su hijo de la siguiente manera? (Marque todo lo que corresponda)*

- Repeatedly lost his/her temper *Perdió repetidamente su temperamento*  Often defied adult requests or rules *A menudo desafiado peticiones o reglas adultos*
- Often argued with adults *A menudo se peleó/discutido con los adultos*  Often blamed others for own mistakes *A menudo culpa a los demás por sus propios errores*
- Deliberately annoyed other people *Molesto deliberadamente a otras personas*  Been angry and resentful *Enfadado y resentido*
- Been easily annoyed by others *Se molestó fácilmente por los demás*  Been spiteful or vindictive *Rencoroso o vengativo*

**Over the last 6 months, has your child shown the following symptoms/behaviors? (Check all that apply)**

*En los últimos 6 meses, ¿su hijo ha mostrado los siguientes síntomas / comportamientos? (Marque todo lo que corresponda)*

- easily fatigued *fácilmente fatigado*  muscle tension *tension muscular*
- irritable *irritable*  restless or felt keyed up or on edge *inquieto o sentido agitado o en el borde*
- difficulty concentrating or mind going blank *dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco*
- sleep disturbance (difficulty falling asleep, restless/unsatisfying sleep) *trastorno del sueño (dificultad para conciliar el sueño, sueño inquieto/insatisfactorio)*
- overly worried about their performance at school or in sporting events *excesivamente preocupados por su rendimiento en la escuela o en eventos deportivos*
- overly worried about the future *excesivamente preocupados por el futuro*
- worried about things done in the past that may not be acceptable to others *preocupado por cosas hechas en el pasado que pueden no ser aceptables para otros*
- overly conforming, perfectionistic and unsure of self and requires excessive reassurance about his/her performance *demasiado conformista, perfeccionista e inseguro de sí mismo y requiere un exceso de seguridad sobre su desempeño*

**Over the past year, have you notice any of the following about your child? (Check all that apply)**

*Durante el año pasado, ¿ha notado alguna de las siguientes cosas sobre su hijo? (Marque todo lo que corresponda)*

- Had excessive fear of weight gain *miedo excesivo al aumento de peso*  Used laxatives, diuretics or speed *Tomados laxantes, diuréticos o velocidad*
- Has excessive fear of weight loss *miedo excesivo a la pérdida de peso*  Self-induced vomiting after meals *Vómitos autoinducidos después de las comidas*
- Felt fat when he/she is not *sentirse gordo aunque él/ella no fuera*  Engaged in binge eating *Comida sin parar*
- Dieted excessively *Dieta excesivamente*  Fasted or exercised excessively *Ayunó o se ejercitó excesivamente*
- Overly evaluated him/herself according to his/her body weight *Excesivamente lo evaluado a sí misma de acuerdo a su peso corporal*
- Refused to maintain a minimally normal weight for his/her age and height *Se negó a mantener un peso mínimamente normal para su edad y altura*
- In a menstruating female, missed at least three consecutive periods *En una mujer menstruando, no ha tenido al menos tres periodos consecutivos*

**Recently, has your child used/abused any of the following: *¿Ha usado / abusado su niño alguno de los siguientes recientemente?***

- Alcohol *Bebidas alcohólicas* Yes *Sí* No *No* Occasionally *Ocasionalmente* Frequently *Frecuentemente*
- Amphetamines, speed or diet pills *Las anfetaminas, la velocidad o las píldoras de dieta* Yes *Sí* No *No* Occasionally *Ocasionalmente* Frequently *Frecuentemente*
- Marijuana *Marijuana* Yes *Sí* No *No* Occasionally *Ocasionalmente* Frequently *Frecuentemente*
- Any form of Cocaine *Cualquier forma de cocaína* Yes *Sí* No *No* Occasionally *Ocasionalmente* Frequently *Frecuentemente*
- Sedatives, hypnotics and anxiolytics (Valium, sleeping pills, etc.) *Sedantes, hipnóticos y ansiolíticos (Valium, píldoras para dormir, etc.)* Yes *Sí* No *No* Occasionally *Ocasionalmente* Frequently *Frecuentemente*
- Hallucinogens *Alucinógenos* Yes *Sí* No *No* Occasionally *Ocasionalmente* Frequently *Frecuentemente*
- Inhalants *Inhalantes* Yes *Sí* No *No* Occasionally *Ocasionalmente* Frequently *Frecuentemente*
- Opiates (heroin, morphine, codeine, etc.) *Opiáceos (heroína, morfina, codeína, etc.)* Yes *Sí* No *No* Occasionally *Ocasionalmente* Frequently *Frecuentemente*
- Phencyclidine (PCP, hog, tranquilizer, angel dust, etc.) *Fenciclidina (PCP, cerdo, tranquilizante, polvo de ángel, etc.)* Yes *Sí* No *No* Occasionally *Ocasionalmente* Frequently *Frecuentemente*
- Does your child smoke or chew tobacco? *¿Su hijo fuma o mastica tabaco?* Yes *Sí* No *No* Occasionally *Ocasionalmente* Frequently *Frecuentemente*

**Over the past year, has your child exhibited any of the following: *Durante el último año, ¿ha exhibido su hijo alguno de los siguientes comportamientos?***

- significant irritability, depressed or sad mood lasting several days *irritabilidad significativa, estado de ánimo deprimido o triste que dura varios días* Never *Nunca* Rarely *Raramente* Moderately *Moderado* Severely *Grave*
- loss of interest or pleasure in activities that he/she usually enjoys *pérdida de interés o placer en actividades que generalmente disfruta* Never *Nunca* Rarely *Raramente* Moderately *Moderado* Severely *Grave*
- complained of appetite changes or sudden weight gain or loss *quejado de cambios en el apetito o aumento de peso o pérdida repentina* Never *Nunca* Rarely *Raramente* Moderately *Moderado* Severely *Grave*
- frequent problems with insomnia or hypersomnia (problems falling asleep or oversleeping) *problemas frecuentes con insomnio o hipersomnia (problemas para conciliar el sueño o quedarse dormido)* Never *Nunca* Rarely *Raramente* Moderately *Moderado* Severely *Grave*
- significantly restless or noticeably lethargic *significativamente inquieto o notablemente letárgico* Never *Nunca* Rarely *Raramente* Moderately *Moderado* Severely *Grave*
- fatigued, tired or listless nearly every day *fatigado, cansado o apático casi todos los días* Never *Nunca* Rarely *Raramente* Moderately *Moderado* Severely *Grave*

• felt worthless or excessively guilty (low self-worth) <i>sentía inútil o excesivamente culpables (baja autoestima)</i>	<input type="checkbox"/> Never <i>Nunca</i>	<input type="checkbox"/> Rarely <i>Raramente</i>	<input type="checkbox"/> Moderately <i>Moderado</i>	<input type="checkbox"/> Severely <i>Grave</i>
• difficulty concentrating in school or at home <i>dificultad para concentrarse en la escuela o en casa</i>	<input type="checkbox"/> Never <i>Nunca</i>	<input type="checkbox"/> Rarely <i>Raramente</i>	<input type="checkbox"/> Moderately <i>Moderado</i>	<input type="checkbox"/> Severely <i>Grave</i>
• preoccupied with thoughts of death, suicide or has attempted suicide <i>preocupado con pensamientos de muerte, suicidio o ha intentado suicidarse</i>	<input type="checkbox"/> Never <i>Nunca</i>	<input type="checkbox"/> Rarely <i>Raramente</i>	<input type="checkbox"/> Moderately <i>Moderado</i>	<input type="checkbox"/> Severely <i>Grave</i>
• had periods of enormous energy with little need to sleep <i>tuvo periodos de gran energía con poca necesidad de dormir</i>	<input type="checkbox"/> Never <i>Nunca</i>	<input type="checkbox"/> Rarely <i>Raramente</i>	<input type="checkbox"/> Moderately <i>Moderado</i>	<input type="checkbox"/> Severely <i>Grave</i>
• more talkative than usual <i>más hablador de lo habitual</i>	<input type="checkbox"/> Never <i>Nunca</i>	<input type="checkbox"/> Rarely <i>Raramente</i>	<input type="checkbox"/> Moderately <i>Moderado</i>	<input type="checkbox"/> Severely <i>Grave</i>
• excessively involved in pleasurable activities with negative consequences (shopping sprees, promiscuity, etc.) <i>involucrarse excesivamente en actividades placenteras con consecuencias negativas (exceso de compras, indiscreción sexual, etc.)</i>	<input type="checkbox"/> Never <i>Nunca</i>	<input type="checkbox"/> Rarely <i>Raramente</i>	<input type="checkbox"/> Moderately <i>Moderado</i>	<input type="checkbox"/> Severely <i>Grave</i>

**Over the past year, has your child felt any of the following: Durante el año pasado, ¿su hijo sintió algo de lo siguiente?**

• been bothered by recurrent or persistent disturbing thoughts *molestado por pensamientos perturbadores recurrentes o persistentes*  Yes *Sí*  No *No*

• unsuccessfully tried to ignore recurrent or persistent disturbing thoughts *incapaz de ignorar pensamientos perturbadores recurrentes o persistentes*  Yes *Sí*  No *No*

• overly concerned with washing and cleaning, counting, checking, repeating actions and ordering  
*demasiado preocupado por lavar y limpiar, contar, verificar, repetir acciones y organizar*  Yes *Sí*  No *No*

**In the past year, has your child complained of any of the following: El año pasado, su hijo se quejó de alguno de los siguientes:**

• frequent headaches <i>dolores de cabeza frecuentes</i>	<input type="checkbox"/> Never <i>Nunca</i>	<input type="checkbox"/> Rarely <i>Raramente</i>	<input type="checkbox"/> Moderately <i>Moderado</i>	<input type="checkbox"/> Severely <i>Grave</i>
• frequent backaches <i>dolores de espalda frecuentes</i>	<input type="checkbox"/> Never <i>Nunca</i>	<input type="checkbox"/> Rarely <i>Raramente</i>	<input type="checkbox"/> Moderately <i>Moderado</i>	<input type="checkbox"/> Severely <i>Grave</i>
• frequent muscle aches, soreness, tension <i>frecuentes dolores musculares y tensión</i>	<input type="checkbox"/> Never <i>Nunca</i>	<input type="checkbox"/> Rarely <i>Raramente</i>	<input type="checkbox"/> Moderately <i>Moderado</i>	<input type="checkbox"/> Severely <i>Grave</i>
• frequent stomach problems (nausea, diarrhea, bloating, etc.) <i>problemas estomacales frecuentes (náuseas, diarrea, hinchazón, etc.)</i>	<input type="checkbox"/> Never <i>Nunca</i>	<input type="checkbox"/> Rarely <i>Raramente</i>	<input type="checkbox"/> Moderately <i>Moderado</i>	<input type="checkbox"/> Severely <i>Grave</i>
• problems with balance or coordination <i>problemas con el equilibrio o la coordinación</i>	<input type="checkbox"/> Never <i>Nunca</i>	<input type="checkbox"/> Rarely <i>Raramente</i>	<input type="checkbox"/> Moderately <i>Moderado</i>	<input type="checkbox"/> Severely <i>Grave</i>
• shortness of breath <i>dificultad para respirar</i>	<input type="checkbox"/> Never <i>Nunca</i>	<input type="checkbox"/> Rarely <i>Raramente</i>	<input type="checkbox"/> Moderately <i>Moderado</i>	<input type="checkbox"/> Severely <i>Grave</i>
• dizziness or lightheadedness <i>mareos o aturdimiento</i>	<input type="checkbox"/> Never <i>Nunca</i>	<input type="checkbox"/> Rarely <i>Raramente</i>	<input type="checkbox"/> Moderately <i>Moderado</i>	<input type="checkbox"/> Severely <i>Grave</i>
• trouble with vision (double vision, blindness, etc.) <i>problemas con la visión (visión doble, ceguera, etc.)</i>	<input type="checkbox"/> Never <i>Nunca</i>	<input type="checkbox"/> Rarely <i>Raramente</i>	<input type="checkbox"/> Moderately <i>Moderado</i>	<input type="checkbox"/> Severely <i>Grave</i>

**To your knowledge, has your child been sexually victimized (fondled, sexually abused, or raped)?**  Yes *Sí*  No *No*  
*Según su conocimiento, ¿su hijo ha sido victimizado sexualmente (acariciado, abusado sexualmente o violado)?*

If yes, what age(s) *En caso afirmativo, ¿qué edad(es):* \_\_\_\_\_ By whom *Por quién:* \_\_\_\_\_

Was your child ever been physically or emotionally abused? *¿Alguna vez su hijo ha sido abusado física o emocionalmente?*  Yes *Sí*  No *No*

If yes, what age(s) *En caso afirmativo, ¿qué edad(es):* \_\_\_\_\_ By whom *Por quién:* \_\_\_\_\_

**Has your child exhibited any of the following (while not on drugs)? (Check all that apply)**  
*¿Ha exhibido su hijo alguno de los siguientes (mientras no esté en drogas)? Marque todo lo que corresponda.*

Heard voices talking to him/her *Escuchando voces*       Experienced visual hallucinations *alucinaciones visuales*       Had bizarre or very unusual thoughts *pensamientos extraños o muy inusuales*

**Describe how your child gets along with peers** *Describe cómo se lleva su hijo con sus compañeros:*

has many friends *tiene muchos amigos*       shy *tímido*       poor loser at games *mal perdedor en los juegos*

wants to run things *quiere manejar las cosas*       follows what others say *sigue lo que otros dice*       does not compromise easily *no compromete fácilmente*

is very popular *es muy popular*       afraid that others don't like him/her *miedo de que a los demás no les guste*       picks on other children *intimida a otros niños*

has trouble making friends *tiene dificultades para hacer amigos*       gets picked on or bullied by others *intimidado por otros*

**When disciplining your child, do both parents discipline the same way?** *Al disciplinar a su hijo, ¿ambos padres disciplinan de la misma manera?*  Yes *Sí*  No *No*

Are you consistent in enforcing consequences? *¿Eres consistente en hacer cumplir las consecuencias?*  Yes *Sí*  No *No*

If you answer "no" to one of these questions, please describe the methods of discipline you have tried and how they affect you and your child.  
*Si responde "no" a una de estas preguntas, describa los métodos de disciplina que ha probado y cómo le afectan a usted y a su hijo.*

**Describe Mother-Child relationship. How do they get along?** *Describe la relación madre-hijo. ¿Cómo se llevan bien?*

**Describe Father-Child relationship. How do they get along?** *Describe la relación Padre-Hijo. ¿Cómo se llevan bien?*

**Describe Step/Adopted Parent-Child relationship (if applicable). How do they get along?** *Describir relación entre Paso/Adoptado padre-hijo (si es aplicable). ¿Cómo se llevan bien?*

