

Por favor, coloque una cruz en el cuadro que usted cree que mejor responde a cada pregunta: Falso, Medianamente verdadero, o Muy verdadero. Nos sería de gran ayuda si responde a todas las preguntas aunque no esté completamente seguro/a de la respuesta o le parezca una pregunta extraña. Por favor, responda basándose en el comportamiento del niño/a durante los últimos seis meses o durante el presente año escolar.

Nombre del niño/a

Hombre / Mujer

Fecha de nacimiento

| | Falso | Medianamente verdadero | Muy verdadero |
|---|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| 1. Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Es inquieto/a, hiperactivo/a, no puede permanecer quieto/a por mucho tiempo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o náuseas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Comparte frecuentemente con otros niños/as juegos, lápices, útiles, etc. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Frecuentemente tiene rabietas o mal genio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto/a o preocupado/a | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Ofrece ayuda si alguien se lastima, está triste o se siente mal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Está continuamente moviéndose y es revoltoso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Tiene por lo menos un/a buen/a amigo/a | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Pelea con frecuencia con otros niños/as o los hostiga | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Se siente a menudo infeliz, desanimado o lloroso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Por lo general cae bien a los otros niños/as | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Es nervioso/a o dependiente ante situaciones nuevas, fácilmente pierde la confianza en sí mismo/a | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Trata bien a los niños/as más pequeños/as | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. A menudo miente o engaña | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Los otros niños/as lo/a molestan o se burlan de él/ella | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros, otros niños/as) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Piensa las cosas antes de hacerlas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Se lleva mejor con adultos que con otros niños/as | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Termina lo que empieza, tiene buena concentración | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

26. ¿Tiene usted algún comentario o preocupación en particular que quiera plantear?

Por favor, dé vuelta la página, hay más preguntas

27. ¿Cree usted que este niño/a tiene dificultades en alguna de las siguientes áreas:
emociones, concentración, conducta o capacidad para relacionarse con otras personas?

| No | Si- pocas dificultades | Si- claras dificultades | Si- graves dificultades |
|--------------------------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si ha contestado "Sí", por favor responda a las siguientes preguntas sobre estas dificultades:

28. • ¿Desde cuándo tiene estas dificultades?

| Menos de un mes | 1-5 meses | 6-12 meses | Más de un año |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

29. • ¿Cree usted que estas dificultades preocupan o causan malestar a este niño/a?

| No | Un poco | Bastante | Mucho |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

30. • ¿ Repercuten estas dificultades en ...

| | No | Un poco | Bastante | Mucho |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. LAS RELACIONES CON LOS COMPAÑEROS? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. EL APRENDIZAJE O TRABAJO EN CLASES? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

31. • ¿Son estas dificultades una carga para usted o para la clase?

| No | Un poco | Bastante | Mucho |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Firma

Fecha

Muchas gracias por su ayuda