

Place Label Here

Completado por: _____
Completed by:

Nombre: _____

Name

ID #: _____

Fecha de nacimiento: _____

Date of Birth

Fecha de hoy: _____

Today's Date

LISTA DE SÍNTOMAS DE PEDIATRIA – INFORME DEL JOVEN (Y-PSC-17)

PEDIATRIC SYMPTOM CHECKLIST-17 YOUTH REPORT

Indique cual síntoma mejor te describe: (Please mark under the heading that best fits you)	NUNCA Never (0)	A VECES Sometimes (1)	SEGUIDO Often (2)
1. Te sientes triste, infeliz (Feel sad, unhappy)			
2. Te sientes sin esperanzas (Feel hopeless)			
3. Te criticas a ti mismo(a) (Down on yourself)			
4. Te preocupas mucho (Worry a lot)			
5. Parece que te diviertes menos (Seem to be having less fun)			
6. Eres inquieto(a) (Fidgety, unable to sit still)			
7. Eres muy soñador(a) (Daydream too much)			
8. Te distraes fácilmente (Distracted easily)			
9. Tienes problemas para concentrarte (Have trouble concentrating)			
10. Eres incansable (Act as if driven by motor)			
11. Te peleas con otros niños(as) (Fight with other children)			
12. No obedeces reglas (Do not listen to rules)			
13. No comprendes los sentimientos de otros (Do not understand other people's feelings)			
14. Molestas a otros (Tease others)			
15. Culpas a otros por tus problemas (Blame others for your troubles)			
16. Te rehusas a compartir (Refuse to share)			
17. Tomas cosas que no te pertenecen (Take things that do not belong to you)			

Total _____

- Tienes algún problema emocional o de comportamiento para el cual quieres ayuda?
Do you have any emotional or behavioral problems for which you want help? No Sí
No Yes
- De momento ¿te estás consultando con un profesional de salud mental?
Are you currently seeing a mental health counselor? No Sí
No Yes