



CHILD & ADOLESCENT DEVELOPMENTAL & PSYCHOSOCIAL HISTORY
HISTORIA DE DESARROLLO Y PSICOSOCIAL INFANTIL Y ADOLESCENTE

Today's Date:
Fecha de hoy:

Child's Name:
Nombre del niño:

Date of Birth:
Fecha de nacimiento:

Gender: Male Female
Sexo Masculino Femenino

School:
Escuela:

Age/Grade:
Edad/Grado:

Classroom Type: Regular Other
Tipo de aula: Regular Otro

Your Name:
Su nombre:

Relation to the Child:
Tu relación con el niño:

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)

	Mother's Side <i>Parte de la Madre</i>	Father's Side <i>Parte del Padre</i>	None <i>Nunca</i>		Mother's Side <i>Parte de la Madre</i>	Father's Side <i>Parte del Padre</i>	None <i>Nunca</i>
<input type="checkbox"/> Seizure disorder <i>Trastornos Convulsivos</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Hyperactivity <i>Hiperactividad</i>	<input type="radio"/>	<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="radio"/>	<input type="checkbox"/> Motor or vocal tics <i>Tics motores o vocales</i>	<input type="radio"/>	<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="radio"/>	<input type="checkbox"/> Restlessness or fidgeting <i>Inquietud o intranquilidad</i>	<input type="radio"/>	<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="radio"/>	<input type="checkbox"/> Attention or concentration problems <i>Problemas de atención o concentración</i>	<input type="radio"/>	<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="radio"/>	<input type="checkbox"/> Anxieties, fears, or phobias <i>Ansiedades, miedos, o fobias</i>	<input type="radio"/>	<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="radio"/>	<input type="checkbox"/> Motor incoordination <i>Incoordinación motora</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Mental Retardation <i>Retraso Mental</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Significant shyness <i>Timidez significativa</i>	<input type="radio"/>	<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="radio"/>	<input type="checkbox"/> Serious medical illness <i>Enfermedad médica grave</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Psychiatric hospitalization <i>Hospitalización psiquiátrica</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Sexual abuse <i>Abuso sexual</i>	<input type="radio"/>	<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>	<input type="checkbox"/> Never <i>Nunca</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>	<input type="checkbox"/> Never <i>Nunca</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>	<input type="checkbox"/> Never <i>Nunca</i>	Type of drugs: <i>Tipo de drogas</i> _____
<input type="checkbox"/> Had bleeding <i>Tuve sangrado</i>	<input type="checkbox"/> Never <i>Nunca</i>	If so, during what stage of the pregnancy: <i>Si es así, durante qué etapa del embarazo</i> _____			
<input type="checkbox"/> Was prescribed medications? <i>Se recetaron medicamentos</i>	<input type="checkbox"/> Never <i>Nunca</i>	If so, what medications and why? <i>Si es así, 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"/> Gestational diabetes <i>Diabetes gestacional</i>
<input type="checkbox"/> Toxemia <i>Toxemia</i>	<input type="checkbox"/> Low blood pressure <i>Presión arterial baja</i>	<input type="checkbox"/> Other (specify) <i>Otra (especificar) ➤</i>
<input type="checkbox"/> Emotional problems <i>Problemas emocionales</i>	<input type="checkbox"/> Nutritional deficiency <i>Deficiencia nutricional</i>	<input type="checkbox"/> No medical problems <i>Sin problemas médicos</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? Si 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? Si No</i>	Birth was <input type="checkbox"/> head first <input type="checkbox"/> breech <input type="checkbox"/> Caesarian <i>El nacimiento fue De cabez 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? Si 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? Si No</i>	

Explain *Explicar* ➤

Check if the baby had any of 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"/> Spinal Bifida <i>Espina bifida</i>
<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"/> Other (specify) <i>Otra (especificar) ➤</i>
<input type="checkbox"/> Convulsions <i>Convulsiones</i>	<input type="checkbox"/> Jaundice <i>Ictericia</i>	<input type="checkbox"/> None of the above <i>Ninguna de las anteriores</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 usted tuvo 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>	At age 18+ months, did your baby have any of the following: <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> _____	<input type="checkbox"/> None of the above <i>Ninguna de las anteriores</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.

No serious illness or hospitalization

Ninguna enfermedad grave u hospitalización

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>Si</i> <input type="checkbox"/> No <i>No</i>		
	<input type="checkbox"/> Yes <i>Si</i> <input type="checkbox"/> No <i>No</i>		
	<input type="checkbox"/> Yes <i>Si</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.

None of these apply

Ninguno de estos aplica

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Clumsy <i>Torpe</i> | <input type="checkbox"/> Inattentive <i>Inatento</i> | <input type="checkbox"/> Non-compliant <i>No conforme</i> | <input type="checkbox"/> Too energetic/restless <i>Demasiado enérgico/inquieto</i> |
| <input type="checkbox"/> Uncoordinated <i>Descoordinado</i> | <input type="checkbox"/> Overly aggressive <i>Excesivamente agresivo</i> | <input type="checkbox"/> Overly aggressive <i>Excesivamente agresivo</i> | <input type="checkbox"/> Inarticulate <i>Inarticulado</i> |
| <input type="checkbox"/> Anxious/Unhappy <i>Ansioso/Infeliz</i> | <input type="checkbox"/> Hard to discipline <i>Difícil de disciplinar</i> | <input type="checkbox"/> Hard to discipline <i>Difícil de disciplinar</i> | <input type="checkbox"/> Unable to understand language <i>Incapaz de entender el lenguaje</i> |

Did your child attend Preschool? Kindergarten? No Did your child have significant separation anxiety at Preschool? Kindergarten? No

Asistió su hijo a Preescolar Jardín de infancia No ¿Su hijo tuvo ansiedad por separación significativa durante el Prescolar? Jardín de infancia? No

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.

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Attention-span <i>Capacidad de atención</i> | <input type="checkbox"/> Sitting still <i>Sentado tranquilo</i> | <input type="checkbox"/> Learning the ABC's <i>Aprendiendo el ABC</i> | <input type="checkbox"/> None of these apply |
| <input type="checkbox"/> Speech disturbance <i>Alteración del habla</i> | <input type="checkbox"/> Listening <i>Escuchando</i> | <input type="checkbox"/> Learning to count <i>Aprendiendo a contar</i> | <i>Ninguno de estos aplica</i> |

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.

- | | | | | |
|--|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Overly aggressive <i>Excesivamente agresivo</i> | <input type="checkbox"/> Not sharing <i>No compartiendo</i> | <input type="checkbox"/> Withdrawn <i>Retirado</i> | <input type="checkbox"/> Overly-shy <i>Excesivamente tímido</i> | <input type="checkbox"/> None of these apply <i>Ninguno de estos aplica</i> |
|--|---|--|---|---|

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.

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Didn't listen <i>No escucha</i> | <input type="checkbox"/> Clingy <i>Pegajoso</i> | <input type="checkbox"/> Fighting with siblings <i>Peleano con hermanos</i> | <input type="checkbox"/> Trouble separating <i>Problemas para separar</i> |
| <input type="checkbox"/> Disobedient <i>Desobediente</i> | <input type="checkbox"/> Cried a lot <i>Llorado mucho</i> | <input type="checkbox"/> Not sharing <i>No compartiendo</i> | <input type="checkbox"/> Worried about something bad happening to parents <i>Preocupado de que algo malo le pase a los padres</i> |

Were there significant marital problems during this stage? *¿Hubo problemas matrimoniales significativos durante esta etapa?* Yes *Si* 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.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Eye blinking <i>Parpadeo de los ojos</i> | <input type="checkbox"/> Imitating someone else's moves <i>Imitando los movimientos de alguien más</i> |
| <input type="checkbox"/> Mouth movement <i>Movimiento de la boca</i> | <input type="checkbox"/> Finger movement <i>Movimiento de los dedos</i> |
| <input type="checkbox"/> Shoulder shrugging <i>Encogimiento de hombros</i> | <input type="checkbox"/> Abdominal tensing <i>Tensión abdominal</i> |
| <input type="checkbox"/> Arms jerking <i>Brazos sacudidas</i> | <input type="checkbox"/> Facial gestures <i>Gestos faciales</i> |
| <input type="checkbox"/> Head jerking <i>Sacudidas de la cabeza</i> | <input type="checkbox"/> Other (specify) <i>Otra (especificar)</i> _____ |

Did they last for more than 1 year? Yes No

¿Duraron más de 1 año? Si No

List those that still exist

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.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Snorting <i>Que bufa</i> | <input type="checkbox"/> Throat clearing <i>Aclarando la garganta</i> | <input type="checkbox"/> None of these apply <i>Ninguno de estos aplica</i> |
| <input type="checkbox"/> Sniffing <i>Oliendo</i> | <input type="checkbox"/> Repeating own words <i>Repetir palabras ya habladas</i> | |
| <input type="checkbox"/> Grunting <i>Gruñido</i> | <input type="checkbox"/> Imitating someone else's words/sounds <i>Imitando las palabras / sonidos de otra persona</i> | |
| <input type="checkbox"/> Barking <i>Ladrando</i> | <input type="checkbox"/> Repeating socially unacceptable or obscene words <i>Repetir palabras obscenas o socialmente inaceptables</i> | |

Did they last for more than 1 year? Yes No

¿Duraron más de 1 año? Si No

List those that still exist

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.

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Clumsiness <i>Torpeza</i> | <input type="checkbox"/> Difficulties with Math <i>Dificultades con las matemáticas?</i> | <input type="checkbox"/> No <i>No</i> |
| <input type="checkbox"/> Attention span <i>Capacidad de atención</i> | <input type="checkbox"/> Basic addition <i>Adición básica</i> | |
| <input type="checkbox"/> Trouble telling left from right <i>Dificultad para distinguir izquierda de la derecha</i> | <input type="checkbox"/> Basic subtraction <i>Resta básica</i> | |
| <input type="checkbox"/> Poor handwriting <i>Mala escritura</i> | <input type="checkbox"/> Multiplication tables <i>Tablas de multiplicación</i> | |
| <input type="checkbox"/> Did not get along with peers <i>No se llevaba bien con los compañeros</i> | <input type="checkbox"/> Concept of borrowing/remainders <i>Concepto de préstamos y números restantes</i> | |
| <input type="checkbox"/> None of these apply <i>Ninguno de estos aplica</i> | <input type="checkbox"/> Poor handwriting interferes with lining up columns of numbers <i>La mala escritura interfiere con alineando columnas de números</i> | |
| | <input type="checkbox"/> Makes careless errors when left alone to do math homework <i>Comete errores descuidados cuando se los deja solos para hacer tareas de matemática</i> | |

<input type="checkbox"/> Difficulties with Reading ? <input type="checkbox"/> No <i>No</i> <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 Spelling ? <input type="checkbox"/> No <i>No</i> <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 Speech ? <input type="checkbox"/> No <i>No</i> <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 Special Reading Classes ? <input type="checkbox"/> No <i>No</i> <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 turno 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> <input type="checkbox"/> None of these apply <i>Ninguno de estos aplica</i>
--	---

Have you, your spouse, your child's teacher(s), or someone else ever use the word "hyperactive" to describe your child? Yes *Si* No *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 *Si* No *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 *Si* No *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"/> None of these apply <i>Ninguno de estos aplica</i>
--	---

In the past 12 months, has your child behaved in the following ways? (Check all that apply) None of these apply *Ninguno de estos aplica*
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)** None of these apply *Ninguno de estos aplica*
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)** None of these apply *Ninguno de estos aplica*
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)** None of these apply *Ninguno de estos aplica*
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 <i>Bebidas alcohólicas</i> | <input type="checkbox"/> Yes <i>Sí</i> | <input type="checkbox"/> No <i>No</i> | <input type="checkbox"/> Occasionally <i>Ocasionalmente</i> | <input type="checkbox"/> Frequently <i>Frecuentemente</i> |
| • Amphetamines, speed or diet pills <i>Las anfetaminas, la velocidad o las píldoras de dieta</i> | <input type="checkbox"/> Yes <i>Sí</i> | <input type="checkbox"/> No <i>No</i> | <input type="checkbox"/> Occasionally <i>Ocasionalmente</i> | <input type="checkbox"/> Frequently <i>Frecuentemente</i> |
| • Marijuana <i>Marijuana</i> | <input type="checkbox"/> Yes <i>Sí</i> | <input type="checkbox"/> No <i>No</i> | <input type="checkbox"/> Occasionally <i>Ocasionalmente</i> | <input type="checkbox"/> Frequently <i>Frecuentemente</i> |
| • Any form of Cocaine <i>Cualquier forma de cocaína</i> | <input type="checkbox"/> Yes <i>Sí</i> | <input type="checkbox"/> No <i>No</i> | <input type="checkbox"/> Occasionally <i>Ocasionalmente</i> | <input type="checkbox"/> Frequently <i>Frecuentemente</i> |
| • Sedatives, hypnotics and anxiolytics (Valium, sleeping pills, etc.)
<i>Sedantes, hipnóticos y ansiolíticos (Valium, píldoras para dormir, etc.)</i> | <input type="checkbox"/> Yes <i>Sí</i> | <input type="checkbox"/> No <i>No</i> | <input type="checkbox"/> Occasionally <i>Ocasionalmente</i> | <input type="checkbox"/> Frequently <i>Frecuentemente</i> |
| • Hallucinogens <i>Alucinógenos</i> | <input type="checkbox"/> Yes <i>Sí</i> | <input type="checkbox"/> No <i>No</i> | <input type="checkbox"/> Occasionally <i>Ocasionalmente</i> | <input type="checkbox"/> Frequently <i>Frecuentemente</i> |
| • Inhalants <i>Inhalantes</i> | <input type="checkbox"/> Yes <i>Sí</i> | <input type="checkbox"/> No <i>No</i> | <input type="checkbox"/> Occasionally <i>Ocasionalmente</i> | <input type="checkbox"/> Frequently <i>Frecuentemente</i> |
| • Opiates (heroin, morphine, codeine, etc.) <i>Opiáceos (heroína, morfina, codeína, etc.)</i> | <input type="checkbox"/> Yes <i>Sí</i> | <input type="checkbox"/> No <i>No</i> | <input type="checkbox"/> Occasionally <i>Ocasionalmente</i> | <input type="checkbox"/> Frequently <i>Frecuentemente</i> |
| • Phencyclidine (PCP, hog, tranquilizer, angel dust, etc.)
<i>Fenciclidina (PCP, cerdo, tranquilizante, polvo de ángel, etc.)</i> | <input type="checkbox"/> Yes <i>Sí</i> | <input type="checkbox"/> No <i>No</i> | <input type="checkbox"/> Occasionally <i>Ocasionalmente</i> | <input type="checkbox"/> Frequently <i>Frecuentemente</i> |
- 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
<i>irritabilidad significativa, estado de ánimo deprimido o triste que dura varios días</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> |
| • loss of interest or pleasure in activities that he/she usually enjoys
<i>pérdida de interés o placer en actividades que generalmente disfruta</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> |
| • complained of appetite changes or sudden weight gain or loss
<i>quejado de cambios en el apetito o aumento de peso o pérdida repentina</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 problems with insomnia or hypersomnia (problems falling asleep or oversleeping)
<i>problemas frecuentes con insomnio o hipersomnia (problemas para conciliar el sueño o quedarse dormido)</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> |
| • significantly restless or noticeably lethargic
<i>significativamente inquieto o notablemente letárgico</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> |
| • fatigued, tired or listless nearly every day
<i>fatigado, cansado o apático casi todos los días</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> |

• 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 <i>molestado por pensamientos perturbadores recurrentes o persistentes</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>Sí</i>	<input type="checkbox"/> No <i>No</i>
• unsuccessfully tried to ignore recurrent or persistent disturbing thoughts <i>incapaz de ignorar pensamientos perturbadores recurrentes o persistentes</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>Sí</i>	<input type="checkbox"/> No <i>No</i>
• overly concerned with washing and cleaning, counting, checking, repeating actions and ordering <i>demasiado preocupado por lavar y limpiar, contar, verificar, repetir acciones y organizar</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>Sí</i>	<input type="checkbox"/> No <i>No</i>

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.

None of these apply *Ninguno de estos aplica*

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:*

<input type="checkbox"/> has many friends <i>tiene muchos amigos</i>	<input type="checkbox"/> shy <i>tímido</i>	<input type="checkbox"/> poor loser at games <i>mal perdedor en los juegos</i>
<input type="checkbox"/> wants to run things <i>quiere manejar las cosas</i>	<input type="checkbox"/> follows what others say <i>sigue lo que otros dicen</i>	<input type="checkbox"/> does not compromise easily <i>no compromete fácilmente</i>
<input type="checkbox"/> is very popular <i>es muy popular</i>	<input type="checkbox"/> afraid that others don't like him/her <i>miedo de que a los demás no les guste</i>	<input type="checkbox"/> picks on other children <i>intimida a otros niños</i>
<input type="checkbox"/> has trouble making friends <i>tiene dificultades para hacer amigos</i>		<input type="checkbox"/> gets picked on or bullied by others <i>intimidado por otros</i>

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?*

List any medical or psychiatric conditions your child has been diagnosed with *Enumere cualquier condición médica o psiquiátrica con la que su niño haya sido diagnosticado:*

List any allergies your child has *Haga una lista de las alergias que su hijo tiene:*

List all medication(s) your child has been prescribed or presently taking for the current condition(s):

Enumere todos los medicamentos a su hijo se le ha recetado o tomando actualmente para la condición actual

Medication <i>Medicación</i>	Dose & Frequency <i>Dosis y frecuencia</i>	Prescribing MD <i>Médico prescriptor</i>

List all treatments/services your child has received for his/her condition(s) *Enumere todos los tratamientos / servicios que su hijo recibió por su(s) afeción(es):*

Type of Treatment <i>Tipo de tratamiento</i>	Provider/Clinician's Name <i>Nombre del proveedor / clínico</i>	Frequency <i>Frecuencia</i>	Date of Last Visit <i>Fecha de la última visita</i>
<input type="checkbox"/> Primary Care MD <i>Doctor primario</i>			
<input type="checkbox"/> Individual Counseling <i>Asesoramiento individual</i>			
<input type="checkbox"/> Family/Group Counseling <i>Asesoramiento de la familia / grupo</i>			
<input type="checkbox"/> Medication Management <i>Manejo de medicamentos</i>			
<input type="checkbox"/> Psychosocial Rehab <i>Rehabilitación Psicosocial</i>			
<input type="checkbox"/> Other (specify) <i>Otra (especificar)</i>			

In your own opinion, describe your child's attributes, strengths and personality traits. Write any other information you would like to share with your therapist about your child not mentioned above. *En su propia opinión, describa los atributos, las fortalezas y los rasgos de personalidad de su hijo. Escriba cualquier otra información que le gustaría compartir con su terapeuta acerca de su hijo, no mencionada anteriormente.*

Parent/Guardian's Signature: _____

Firma del padre / tutor

Date: _____

Fecha