



Escalas de Funcionamiento y Problemas/"Ohio Youth" Clasificación de los Padres

Cuestionario
Corto

Please fax completed instrument to: (916) 654-3291

Sección I

Instrucciones:

Por favor clasifique en que grado los problemas de su hijo/hija afectan la habilidad actual en actividades diarias. Considere el nivel actual de funcionamiento de su hijo/hija.

	Muy Bien	Bien	Algunos Problemas	Bastantes Problemas	Problemas Extremos
1. Se lleva bien con sus amigos	<input type="radio"/>				
2. Se lleva bien con su familia	<input type="radio"/>				
3. Tiene novio o novia	<input type="radio"/>				
4. Se lleva bien con adultos que no son parientes (maestros, director de la escuela)	<input type="radio"/>				
5. Mantiene higiene personal, luce bien	<input type="radio"/>				
6. Se preocupa y mantiene buenos hábitos de salud (lava los dientes, toma remedios)	<input type="radio"/>				
7. Controla sus emociones y no se mete en problemas	<input type="radio"/>				
8. Está motivado y termina sus proyectos	<input type="radio"/>				
9. Tiene pasatiempos (cartas de béisbol, monedas, estampillas, arte)	<input type="radio"/>				
10. Participa en actividades de recreación (deportes, natación, ciclismo)	<input type="radio"/>				
11. Completa tareas domésticas (limpia su cuarto, otras obligaciones)	<input type="radio"/>				
12. Asiste a la escuela y obtiene calificaciones necesarias para pasar sus materias	<input type="radio"/>				
13. Aprende habilidades que les serán útiles en empleos futuros	<input type="radio"/>				
14. Se siente bien consigo mismo	<input type="radio"/>				
15. Piensa claramente y toma buenas decisiones	<input type="radio"/>				
16. Se concentra, presta atención y completa sus tareas	<input type="radio"/>				
17. Gana dinero y aprende a usarlo sabiamente	<input type="radio"/>				
18. Hace cosas sin supervisión o restricciones	<input type="radio"/>				
19. Acepta responsabilidad por sus acciones	<input type="radio"/>				
20. Habilidad de expresar sus sentimientos	<input type="radio"/>				

Child's Name _____

Sección II

Instrucciones:

Por favor clasifique en que grado su hijo/hija ha tenido los siguientes problemas en los últimos 90 días.

	No	Una o Dos Veces	Varias Veces	Con Frecuencia	La Mayoría del Tiempo	Todo el Tiempo
21. Ha discutido con otras personas	<input type="radio"/>					
22. Ha peleado	<input type="radio"/>					
23. Ha gritado o insultado a otras personas	<input type="radio"/>					
24. Ha tenido ataques de rabia	<input type="radio"/>					
25. Rehusa hacer lo que los padres o maestros les exigen	<input type="radio"/>					
26. Causa problemas sin motivos	<input type="radio"/>					
27. Ha consumido drogas o alcohol	<input type="radio"/>					
28. Ha violado las reglas o las leyes (ha llegado tarde a la casa, ha robado)	<input type="radio"/>					
29. Ha faltado a la escuela o a clases	<input type="radio"/>					
30. Ha mentido	<input type="radio"/>					
31. Parece no estar quieto, tiene mucha energía	<input type="radio"/>					
32. Se ha hecho daño a sí mismo (cortadas, rasguños, ha tomado medicamentos)	<input type="radio"/>					
33. Ha hablado o pensado acerca de la muerte	<input type="radio"/>					
34. Se siente inútil o que no vale nada	<input type="radio"/>					
35. Se siente solo y sin amigos	<input type="radio"/>					
36. Siente ansias o temeroso	<input type="radio"/>					
37. Se preocupa de que algo malo va a pasar	<input type="radio"/>					
38. Se siente triste o deprimido	<input type="radio"/>					
39. Ha tenido pesadillas	<input type="radio"/>					
40. Ha tenido problemas con su apetito	<input type="radio"/>					

County Client # _____

Date _____

