

Lista de Síntomas Pediátricos (PSC)

Fecha (hoy día): _____

Nombre de niño: _____ Fecha de nacimiento del niño: _____

Completado por (Nombre): _____ Parentesco: _____

Indique cual síntoma mejor describe a su hijo:

	Nunca	A Veces	Seguido	No hay respuesta
1. Se queja de dolores y malestares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Paso mucho tiempo solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Se cansa fácilmente, tiene poca energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Es inquieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tiene problemas con maestros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Menos interesado(a) en la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Es muy activo(a), tiene mucha energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Es muy sonador(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Se distrae fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Temeroso(a) de nuevas situaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Se siente triste, infeliz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Es irritable, enojón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Se siente sin esperanzas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Tiene problemas para concentrarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Esta menos interesado(a) en sus amistades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Pelea con otros niños(as)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Se ausenta de la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Sus notas escolares están bajando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Se critica a si mismo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Visita al doctor y el doctor no le encuentra nada malo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Tiene problemas para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Se preocupa mucho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Quiere estar con usted más que antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Se siente que él/ella es malo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Toma riesgos innecesarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 Se lastima fácilmente/frecuentemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 Parece divertiste menos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 Actúa más chico que niños de su propia edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 No obedece reglas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 No demuestra sus sentimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nunca	A Veces	Seguido	No hay respuesta
31 No comprende los sentimientos de otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 Molesta a otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 Culpa a otros por sus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 Toma cosas que no le pertenecen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 Se rehúsa a compartir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Su hijo/a tiene algún problema emocional o de comportamiento para el cual necesita ayuda?

- Si – por favor describa
- No

¿Hay algún servicio que a usted le gustaría que su hijo/a recibiera para tratar estos problemas?

Si así es, ¿cuáles servicios?

- Si – por favor describa
- No

PARA USO PERSONAL SOLAMENTE (FOR STAFF USE ONLY)

Clinic Site:

- SLO YS SC Youth SC SAFE NC Youth MP
 FCNI Seneca TMHA Managed Care Other: _____

Type of Assessment (Check ONLY one):

- Initial:** Use for clients opened after 7/1/18 in a new Treatment Session. Includes new clients and reopened clients if closed longer than 90 days.
- Reassessment:** Use for all 6-month ratings after Initial until Discharge or Administrative Close AND for all ratings for clients who were open in treatment before 7/1/18.
- Discharge:** All discharges when parent completed a discharge PSC
- Administrative Close:** All closings when parent DID NOT complete a discharge PSC
- Urgent:** Any ratings obtained more frequently than 6 months

A completed PSC must be submitted for reporting to DHCS with every intake assessment, every 6 months thereafter, and at closing, even if a parent is not available and all the scores are “No Response”. Please attempt to obtain parent ratings for all Initial, Reassessment, Discharge, and Urgent assessment types. Mark any skipped items as "No Response". If a parent refuses, declines, or is unavailable to complete the PSC, mark all items "No Response", select the appropriate Type of Assessment, and submit the PSC for processing. If a client/family withdraws from treatment or if a parent refuses, declines, or is unavailable to complete a Discharge PSC, select Administrative Close assessment type, mark all items "No Response", and submit the PSC for processing.