

Place Label Here

Completado por: Paciente

Nombre: _____

ID #: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha de hoy: _____

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. Eres inquieto(a) (Fidgety, unable to sit still)			
2. Te sientes triste, infeliz (Feel sad, unhappy)			
3. Eres muy soñador(a) (Daydream too much)			
4. Te rehusas a compartir (Refuse to share)			
5. No comprendes los sentimientos de otros (Do not understand other people's feelings)			
6. Te sientes sin esperanzas (Feel hopeless)			
7. Tienes problemas para concentrarte (Have trouble concentrating)			
8. Te peleas con otros niños(as) (Fight with other children)			
9. Te criticas a ti mismo(a) (Down on yourself)			
10. Culpas a otros por tus problemas (Blame others for your troubles)			
11. Parece que te diviertes menos (Seem to be having less fun)			
12. No obedeces reglas (Do not listen to rules)			
13. Eres incansable (Act as if driven by motor)			
14. Molestas a otros (Tease others)			
15. Te preocupas mucho (Worry a lot)			
16. Tomas cosas que no te pertenecen (Take things that do not belong to you)			
17. Te distraes fácilmente (Distracted easily)			

Total _____

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