

Escala de evaluación Vanderbilt de NICHQ: informante de padres

Fecha de hoy: _____

Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento del niño: _____

Nombre del padre o la madre: _____

Número de teléfono del padre o la madre: _____

Instrucciones: Cada calificación debe tenerse en cuenta en el contexto de lo que resulta adecuado para la edad de su hijo. Cuando complete este formulario, piense en las conductas de su hijo en los últimos 6 meses.

¿Esta evaluación se basa en un tiempo en el que el niño

- estaba medicado? no estaba medicado? no está seguro?

Síntomas	De vez		Muy a	
	Nunca	en cuando	A menudo	menudo
1. No presta atención a los detalles o comete errores de descuido con, por ejemplo, la tarea				
2. Tiene dificultad para prestar atención a lo que debe hacerse				
3. Parece no escuchar cuando se le habla directamente				
4. No obedece cuando le dan instrucciones y no termina las actividades (no porque se niegue ni porque no entienda)				
5. Tiene dificultad para organizar tareas y actividades				
6. Evita, le disgusta o no quiere comenzar tareas que requieren de un esfuerzo mental constante				
7. Pierde las cosas necesarias para las tareas o las actividades (juguetes, trabajos, lápices, libros)				
8. Se distrae fácilmente por ruidos u otros estímulos				
9. Es olvidadizo en las actividades cotidianas				
10. Juguetea con las manos o los pies o se retuerce en el asiento				
11. Se levanta de su asiento cuando se espera que permanezca sentado				
12. Corre por todas partes o escala demasiado cuando se espera que permanezca sentado				
13. Tiene dificultad para jugar o comenzar actividades de juegos tranquilos				
14. Con frecuencia no se detiene, o actúa como si estuviera "impulsado por un motor"				
15. Habla demasiado				
16. Lanza las respuestas antes de haber terminado las preguntas				
17. Tiene dificultad para esperar su turno				
18. Interrumpe o se entromete en las conversaciones o actividades de los demás				

Para uso exclusivo del consultorio/
For Office Use Only _____/9

Para uso exclusivo del consultorio/
For Office Use Only _____/9



Síntomas (continuación)	De vez Nunca en cuando	Muy a A menudo menudo
--------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------

- 19. Discute con los adultos _____
- 20. Pierde la paciencia _____
- 21. Desafía en forma activa o se niega a obedecer los pedidos o las reglas de los adultos _____
- 22. Molesta a la gente deliberadamente _____
- 23. Culpa a otros por sus errores o mala conducta _____
- 24. Es sensible o se molesta fácilmente con los demás _____
- 25. Se muestra enojado o resentido _____
- 26. Es rencoroso y busca vengarse _____

Para uso exclusivo del consultorio/ For Office Use Only	_____/8
------------------------------------------------------------	---------

- 27. Bravuconeo, amenaza o intimida a los demás _____
- 28. Inicia peleas físicas _____
- 29. Miente para librarse de problemas o para evitar obligaciones (p. ej. "tíma" a los demás) _____
- 30. Falta a clases sin autorización _____
- 31. Es físicamente cruel con las personas _____
- 32. Ha robado cosas de valor _____
- 33. Destruye deliberadamente las cosas de los demás _____
- 34. Ha usado un arma que puede causar daños graves (bate, cuchillo, ladrillo, revólver) _____
- 35. Es físicamente cruel con los animales _____
- 36. Ha provocado incendios a propósito para causar daño _____
- 37. Ha entrado sin permiso a casas, negocios o automóviles de otras personas _____
- 38. Se ha quedado fuera durante la noche sin permiso _____
- 39. Ha huido de casa durante la noche _____

Para uso exclusivo del consultorio/ For Office Use Only	_____/14
------------------------------------------------------------	----------

- 41. Se muestra temeroso, ansioso o preocupado _____
- 42. Tiene miedo de intentar hacer cosas nuevas por temor a cometer errores _____
- 43. Se siente inútil o inferior _____
- 44. Se culpa por los problemas, se siente culpable _____
- 45. Se siente solo, que está de más o es despreciado; se queja de que "nadie lo quiere". _____
- 46. Está triste, infeliz o deprimido _____

Para uso exclusivo del consultorio/ For Office Use Only	_____/7
------------------------------------------------------------	---------

Rendimiento	Por encima Excelente del promedio	Promedio	Algo problemático	Problemático
--------------------	----------------------------------------------	-----------------	------------------------------	---------------------

- 48. Lectura _____
- 49. Escritura _____
- 50. Matemática _____

Para uso exclusivo del consultorio/ For Office Use Only	4s: ____/3
------------------------------------------------------------	------------

Para uso exclusivo del consultorio/ For Office Use Only	5s: ____/3
------------------------------------------------------------	------------

- 51. Relación con los padres _____
- 52. Relación con los hermanos _____
- 53. Relación con los compañeros _____
- 54. Participación en actividades organizadas (p. ej. equipos) _____

Para uso exclusivo del consultorio/ For Office Use Only	4s: ____/4
------------------------------------------------------------	------------

For Office Use Only	5s: ____/4
---------------------	------------

