

Investigación Temprana de la Niñez (Version Corta)	
Nombre del niño(a):	Fecha:

**Su relación hacia el niño(a)** (Por favor circule)      Madre                      Padre                      Abuelo(a)                      Otro

¿Cuántos años tiene el niño(a)?	3	4	5	¿Cuál es el género del niño(a)?	Mujer	Hombre	¿El/la niño(a) es hispano(a)?	Si	No
¿Cómo describiría usted al niño(a)? <i>Por favor circule todos los que apliquen</i>				Indio Americano	Asiático	Afroamericano	Blanco	Otro (Por favor Describa):	

**Por favor circule el número que mejor describe a su hijo en comparación con otros niños de su edad. Por cada pregunta, por favor circule el + si usted tiene preocupaciones y le gustaría mas ayuda con este tema.**

0 = Rara vez/No es Cierto                      1 = A veces/Poco                      2 = Casi Siempre/Muy Cierto

1. Se enoja mucho	0	1	2	+
2. Reaciona emocionalmente a cosas pequeñas	0	1	2	+
3. Parece triste, llora mucho	0	1	2	+
4. Facilmente se irrita o se molesta	0	1	2	+
5. Corre mucho en lugares donde debería sentarse (escuela, culto)	0	1	2	+
6. Se asusta facilmente	0	1	2	+
7. Quiebra cosas durante sus enojos	0	1	2	+
8. Es muy nervioso o se preocupa mucho	0	1	2	+
9. Le cuesta trabajo poner atención a las tareas o actividades	0	1	2	+
10. Es difícil de confortar cuando está dolido o agobiado	0	1	2	+
11. Lastima a otros a proposito (muerde, pega, pateo)	0	1	2	+
12. Evita situaciones que le recuerden eventos espantosos	0	1	2	+
13. Es inquieto, no puede sentarse y estar callado	0	1	2	+
14. Tiene una conducta inusual o repetitiva (mecerse, batirse)	0	1	2	+
15. No escucha a los adultos que hablan con el/ella	0	1	2	+
16. Le cuesta trabajo llevarse bien con otros niños	0	1	2	+
17. Discute con adultos	0	1	2	+
18. Pelea sobre el comer y la comida	0	1	2	+
19. Es muy apegado(a), no le gusta separarse de los padres	0	1	2	+
20. Parece ser que no se divierte	0	1	2	+
21. Es muy desobediente	0	1	2	+
22. Culpa a otros por los errores	0	1	2	+
¿Está usted preocupado por el desarrollo emocional o el comportamiento de su hijo(a)? (Por favor circule)	Si	Un Poco	No	

**Child total score (items 1-22):**

**Como CUIDADOR, usted juega un papel importante en la vida de su hijo(a). ¿Cómo se ha sentido USTED?**

23. Me siento abajo, deprimido, o sin esperanza	0	1	2	+
24. Siento poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	+

**Caregiver total score (items 23-24):**

**Solo para el Proveedor (Circule Uno); Provider Only (Circle One)**

If <b>child</b> had + screen, was counseling provided?	Yes	No	Was a referral given?	Yes	No
If <b>caregiver</b> had + screen, was counseling provided?	Yes	No	Was a referral given?	Yes	No