

Por favor escriba  
letra de molde

### CUESTIONARIO SOBRE EL COMPORTAMIENTO DE NIÑOS(A)S DE 1½-5 AÑOS

Para completar en la oficina  
o en el hogar

NOMBRE (COMPLETO Primer Nombre Segundo Nombre Apellido)

SEXO  Masculino  Femenino EDAD GRUPO ÉTNICO O RAZA

FECHA DE HOY Mes \_\_\_\_ Día \_\_\_\_ Año \_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO Mes \_\_\_\_ Día \_\_\_\_ Año \_\_\_\_

TRABAJO USUAL DE LOS PADRES, incluyendo al ahora no está trabajando (por favor especifique - por ejemplo: electricista, jardinero, maestro de escuela, ama de casa, trabajador, zapatero, sargento en el ejército)

TRABAJO DEL PADRE: \_\_\_\_\_

TRABAJO DE LA MADRE: \_\_\_\_\_

ESTE CUESTIONARIO FUE CONTESTADO POR:

Se relaciona con el/la niño(a)

Madre  Padre  Otro (especificar): \_\_\_\_\_

Por favor complete este cuestionario con su opinión sobre el comportamiento de su hijo(a). Hágalo aunque usted piense que otras personas no están de acuerdo con su opinión. Siéntese en la libertad de escribir comentarios adicionales al final de cada frase y en el espacio que se provee. **Asegúrese que contestó todas las preguntas.**

A continuación hay una lista de frases que describen a los/los niños(as). Para cada frase que describe a su hijo(a) ahora o durante los últimos dos meses, haga un círculo en el número 2 si la frase describe a su hijo(a) muy a menudo. Haga un círculo en el número 1 si la frase describe a su hijo(a) en cierta manera o algunas veces. Haga un círculo en el 0 si la descripción con respecto a su hijo(a) no es cierta. Por favor conteste todas las frases de la mejor manera posible inclusive si algunas de ellos parecen no describir a su hijo(a). **Por favor escriba en letra de molde. Asegúrese que contestó todas las preguntas.**

0 = No es cierto (que sepa usted)    1 = En cierta manera, algunas veces    2 = Muy cierto o cierto a menudo

- |  |   |
|--|---|
| 0 1 2 1. Dolora o malestara (sin causa médica; no incluye dolor de estómago o dolor de cabeza) | 0 1 2 26. No sabe divertirse, actúa como un pequeño adulto                            |
| 0 1 2 2. Actúa como si fuera mucho menor que su edad   | 0 1 2 27. No parece sentirse culpable después de portarse mal                         |
| 0 1 2 3. Tiene miedo de intentar cosas nuevas  | 0 1 2 28. No desea salir de casa  |
| 0 1 2 4. Evita el contacto visual con otras personas   | 0 1 2 29. Se frustra fácilmente   |
| 0 1 2 5. No puede concentrarse o prestar atención por mucho tiempo                             | 0 1 2 30. Se pone celoso fácilmente   |
| 0 1 2 6. No puede quedarse quieto(a), es inquieto(a) o hiperactivo(a)                          | 0 1 2 31. Come o bebe cosas que no son alimento — no incluye dulces (describe): _____ |
| 0 1 2 7. No tolera que las cosas estén fuera de lugar  | 0 1 2 32. Tiene miedo de ciertas situaciones, animales o lugares (describe): _____    |
| 0 1 2 8. No puede esperar, lo quiere todo de inmediato   | 0 1 2 33. Se ofende fácilmente  |
| 0 1 2 9. Muestra lo que no se comestible   | 0 1 2 34. Se lastima accidentalmente con mucha frecuencia, propenso a accidentes      |
| 0 1 2 10. Es demasiado dependiente o apagado(a) a los adultos                                  | 0 1 2 35. Se mete mucho en peleas   |
| 0 1 2 11. Busca ayuda constantemente   | 0 1 2 36. Se mete en todo   |
| 0 1 2 12. Estreñido(a), no defeca (cuando no está enfermo(a))                                  | 0 1 2 37. Se molesta demasiado cuando lo separan de sus padres                        |
| 0 1 2 13. Llora mucho  | 0 1 2 38. Tiene dificultad para quedarse dormido/a                                    |
| 0 1 2 14. Es cruel con los animales  | 0 1 2 39. Dolora de cabeza (sin causa médica)   |
| 0 1 2 15. Desafiante   | 0 1 2 40. Les pega a otras personas   |
| 0 1 2 16. Sus necesidades deben ser satisfechas inmediatamente                                 | 0 1 2 41. Aguanta la respiración  |
| 0 1 2 17. Destruye sus propias cosas   | 0 1 2 42. Les hace daño a otras personas o a animales sin intención                   |
| 0 1 2 18. Destruye las cosas de sus familiares o de otras personas                             | 0 1 2 43. Se ve triste sin razón aparente   |
| 0 1 2 19. Tiene diarreas o heces líquidas (cuando no está enfermo(a))                          | 0 1 2 44. Enojadizo(a)  |
| 0 1 2 20. Desobediente   | 0 1 2 45. Náuseas, se siente mal  |
| 0 1 2 21. Cualquier cambio de rutina lo/a perturba   | 0 1 2 46. Movimientos involuntarios o tics (describe): _____                          |
| 0 1 2 22. No quiere dormir solo(a)   | 0 1 2 47. Nervioso(a) o tenso(a)  |
| 0 1 2 23. No contesta cuando la gente lo habla   |   |
| 0 1 2 24. No come bien (describe): _____   |   |
| 0 1 2 25. No se lleva bien con otros niños(as)   |   |

**Asegúrese que contestó todas las preguntas. Entonces vea el otro lado de esta página.**

© Derechos Reservados 2000 T.M. Achenbach y L. Rescorla, Center for Children, Youth, & Families  
U. of Vermont, 1 S. Prospect St., Burlington, VT 05401-3495, USA Web: <http://Checklist.uvm.edu>

LA LEY PROHIBE LA REPRODUCCION NO AUTORIZADA



509 version  
Edición 7-08-09 680