

**Patient Symptom Checklist**  
**LISTA DE COMPROBACION DE SINTOMAS DEL PACIENTE**

What are the problems that caused you to seek help at Excel for the child? Cuáles son los problemas que provocaron que buscara ayuda en Excel para el niño/a? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

How long have you had these problems with the child? Cuanto tiempo tiene con estos problemas? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Patient raised by / Quien crió al paciente \_\_\_\_\_

Patient currently living with / Con quien vive el paciente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Others in the home / Quien más vive en la casa \_\_\_\_\_

Difficulties with others in the home / Dificultades con otros en el hogar \_\_\_\_\_

Adopted / Adoptado:  Yes / Si  No Does the child know? / Sabe el niño(a)?:  Yes / Si  No

Age of adoption / edad de adopción \_\_\_\_\_

Parents separated / Padres separados \_\_\_\_\_ Divorced / Divorciados \_\_\_\_\_


Age of child at separation / Edad del niño/a en el tiempo de separación \_\_\_\_\_

Custody arrangements / Arreglos relacionados a la custodia \_\_\_\_\_

Religious History: HISTORIA RELIGIOSA Child's religion / Religión del niño(a) \_\_\_\_\_

Recent changes in religious beliefs? If so, explain / Cambios recientes de religión? Si la respuesta es si, por favor de explicar:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Any religious beliefs that may affect treatment? / Creencias religiosas que pueden afectar el tratamiento? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

 <p><b>Excel Center</b> Fort Worth <small>Care for World Health and Physical Dependence Care</small> <i>We Believe in People</i> <small>A MeritCare Hospital Affiliate</small></p>	<p>SYMPTOM CHECKLIST</p>	<p>PATIENT NAME:</p>
---	--------------------------	----------------------

**PAST PSYCHIATRIC MEDICATION HISTORY  
HISTORIA DE MEDICINA**

MEDICATION MEDICAMENTO	PRESCRIBER PRESCRIBIR	DATES FECHAS	REASON FOR CHANGE/SIDE EFFECTS RAZON PARE EL CAMBIO/EFFECTOS SECUNDARIOS

**List All Inpatient and RTC Mental Health Treatment  
Nombra todas las hospitalizaciones/Tratamiento Residencial**

Date:/Fecha	Reason/Razon	Length of Stay/ Duracion de Estancia

**List ALL mental Health Outpatient Treatment  
Nombra previos hospitalizaciones parcial (PHP/IOP) de Salud Mental**

Date:/Fecha	Reason/Razon	Length of Stay/ Duracion de Estancia

**List previous Outpatient Therapist and Outpatient Psychiatrist  
Nombra previos tratamiento ambulatorio con Terapeuta y Psiquiatra**

Date:/Fecha	Reason/Razon	Length of Stay/ Duracion de Estancia

**Previous Mental Health Diagnosis: Previos diagnosticos de Salud Mental:** \_\_\_\_\_

**DEVELOPMENTAL ISSUES / CUESTIONES DE DESARROLLO**


Normal pregnancy and delivery? Embarazo y parto normal? \_\_\_\_\_

Difficulties at birth? Dificultades al nacer? \_\_\_\_\_

Mother use of drugs or alcohol during pregnancy? La madre utilizo drogas o alcohol durante el embarazo? \_\_\_\_\_

Birth weight? El peso al nacer? \_\_\_\_\_

Delays: Retrazos:  crawling/gatio: \_\_\_\_\_  Walking/Camino: \_\_\_\_\_ Talking/Hablo: \_\_\_\_\_

 <p><b>The EXCEL Center</b> Fort Worth Crisis &amp; Walk Out/Inpatient Detoxification Center We Believe in People A Behavioral Hospital ABQSite</p>	<p>SYMPTOM CHECKLIST</p>	<p>PATIENT NAME: _____</p>
--	--------------------------	----------------------------

**Educational History: Historia de educacion:**

Grade/Grado \_\_\_\_\_ Grades Failed/Grado reprobado: \_\_\_\_\_

Special Education; Educacion Especial: Yes/Si No Learning Disability/Dificultad de aprendizaje? Yes/Si No

504 /Content Mastery: Yes/Si No Year accommodations started: Ano en que comenzo el alojamiento? \_\_\_\_\_

In School Suspensions: Suspension en la escuela: Yes/Si No Reason:Razon: \_\_\_\_\_

Out of School Suspensions: Suspension fuera de la escuela: Yes/Si No Reason:Razon: \_\_\_\_\_

Alternative School Placement: Ubicacion en escuela alternative: Yes/Si No Dates/Fechas: \_\_\_\_\_

Reason / Razon \_\_\_\_\_

Other school related challenges: Desafios relacionado con la escuela: \_\_\_\_\_

- Peer Realtionships/Relacion con alumnos  Forms Freindships/Forma amistades
- Socially Isolates/Socialmente aislado Unable to maintain friendships/incapaz de mantener amistades
- Bullied/Acosado

**Legal History /Historia Legal**


Tickets / Citations / Arrests Multa / Citacion / Detenciones	Dates Fechas	Reason Razon

Probation / Libertad condicional: Yes/Si No/No Any special conditions / Condiciones especiales: \_\_\_\_\_

Probation Officer: Name / Oficial de libertad condicional: \_\_\_\_\_ Tel / Tele# \_\_\_\_\_

Court Dates Pending / Fechas pendientes de corte: Date / Fecha: \_\_\_\_\_

Reason / Razon \_\_\_\_\_

 <p><b>The EXCEL Center</b> Fort Worth Caring for Your Health and Personal Dependency Care <i>We Believe in Hope</i> A Millwood Hospital Affiliate</p>	<p>SYMPTOM CHECKLIST</p>	<p>PATIENT NAME:</p>
---	--------------------------	----------------------


### ABUSE HISTORY / HISTORIA DE ABUSO

TYPE TIPO	Child's Age Edad de niño	Abused By / Abuso	CPS Report Made Informe hechos a CPS
Emotional / Emocional			
Neglect / Abandono			
Physical / Fisica			
Sexual / Sexual			
Domestic Violence/Violencia Domesica			

Traumatic Experiences: Experiencias Traumáticas:

Depressive Symptoms Síntomas Depresivos	Yes Si	No	Comments / Additional thoughts Comentarios/otros pensamientos
Depressed or irritable mood most of the day Estado de animo deprimido o irritable la mayoria del dia			
Excessive crying spells daily/Excesivos episodios de llanto diarios			
Severe decreased interest in pleasurable activities Gran disminucion del interes en actividades placenteras			
Trouble falling asleep, staying asleep, or increased sleep Problemas para conciliar el sueno, permanecer dormido, o sueno mayor			
Changes in appetite: weight gain or weight loss Cambios en el apetito: aumento de peso o perdida de peso			
Expresses Feelings of worthlessness or excessive guilt daily Expresa sentimientos de minusvalia o culpabilidad excesivo diariamente			
Hopeless, helpless or expresses excessive guilt Sin esperanza, impotente o expresa culpa excesiva			
Decreased concentration or increased indecisiveness daily Disminucion de concentracion o aumento de indecision diariamente			
Talks about dying or hurting him/herself Habla de morir o lastimar a si mismo/a			
Cutting on self /cortarse el mismo			
<b>Previous suicide attempt? /Intento de suicidio previo?</b>			

Mood Disorder Symptoms Síntomas de transtornos del Estado de animo	Yes Si	No	Comments/Additional thoughts Comentarios/ otros pensamientos
Complains of a lot of ideas at one time Se queja de muchas ideas al mismo tiempo			
Has periods of excessive, rapid speech/Periodos de expresion excesiva, rapida			
Displays rapid, abrupt mood swings Muestra cambio de animo rapida y repentino			
Has irritable mood states/Tiene estados de animo irritable			
Has excessively silly, giddy mood states Tiene estados de animo excesivamente tonto, vertigo			
Explosive temper tantrums or rages Colera (coraje), hace berrinches			
Has destroyed property intentionally Ha destruido intencionalmente la propiedad			
Curses viciously in anger/Maldice feroz en ira			
Has physically assaulted another person/Ha agredido fisicamente a otra persona			

 <p><b>The EXCEL Center</b> Port Worth Center for Youth Health and Wellness and Substance Abuse Care <i>We Believe in People</i> A Millwood Hospital Affiliate</p>	<p><b>SYMPTOM CHECKLIST</b></p>	<p>PATIENT NAME:</p>
---	---------------------------------	----------------------

<b>Anxiety Symptoms</b> Síntomas de ansiedad	<b>Yes</b> Sí	<b>No</b>	<b>Comments/ Additional thoughts</b> Comentarios/ otros pensamientos
Separation anxiety Ansiedad por la separación			
Child refuses to go to sleep without you near Niño/a se niega a ir a dormir sin usted estar cerca			
Child throw tantrums to keep you from leaving him/her Niño/a produce rabietas para mantenerlo cerca			
School phobia/refusal to attend school Fobia escolar/se niega a ir a la escuela			
Persistent nightmares or flashbacks Persistentes pesadillas o escenas retrospectivas			
Excessive fears about being alone Excesivos temores acerca de la soledad			
Panic attacks Ataques de pánico			


<b>Other Issues /Otras cuestiones</b>	<b>Yes</b> Sí	<b>No</b>	<b>Comments/ Additional thoughts</b> Comentarios/ Adicional pensamientos
Bedwetting, soiling self /Enuresis, suciedad en si mismo			
Sexualized behaviors or sexually bizarre drawings Comportamientos sexual o dibujos sexualmente bizarros			
Sexual acting out play with other children or animals Actuando Sexualment al jugar con otros niños o animales			
History of running away from home or school Historia de huir de casa o escuela			
Gender identity issues – questioning biological sex Cuestiones de identidad de género			
Child reports hearing or seeing objects/shadows/voices Niño/a informa haber oído o visto objetos/sombras/voces			
Excessive Internet/Gaming/Pornography/Phone use Exceso de uso de Internet/Juegos/Pornografía/Telefono			
Family Military History Historia de miembros de la familia en el Ejército			

**SUBSTANCE ABUSE/USO DE SUSTANCIAS**

<b>Substance Use</b> Uso de la sustancia	<b>Age at first Use/Edad al primer uso</b>	<b>Date of last Use</b> Fecha de último uso	<b>Frequency: Daily, Weekly, Monthly, Occasional/Frecuencia</b> Diario, Semanal, Mensual, Ocasional	<b>Amount Used</b> Cantidad utilizada

**Drugs/alcohol use in home? Uso de droga/alcohol en casa?**

---

 <p><b>The EXCEL Center</b> Fort Worth Center for Mental Health and Chemical Dependency Care <i>We Believe in People</i> A Methodist Hospital Affiliate</p>	<p><b>SYMPTOM CHECKLIST</b></p>	<p><b>PATIENT NAME:</b></p>
--	---------------------------------	-----------------------------

**FAMILY MEMBERS MENTAL HEALTH/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT HISTORY**  
**SALUD MENTAL DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA/TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIA**

RELATIONSHIP RELACION	DIAGNOSIS DIAGNOSTICO	HOSPITALIZATIONS HOSPITALIZACIONES	MEDICATIONS MEDICAMENTOS

**Special Family Issues That May be Affecting Your Child / Problemas de familia en especial los que pueden ser que afecten a su hijo/a?**

---



---

**Your treatment goals for your child: Sus objetivos de tratamiento para su hijo:**

---




---

**Child's strenght's and hobbies: Fortaleza del nino y pasatiempos:**

---



---

 <p><b>The EXCEL Center</b> Fort Worth <small>Center for Mental Health and Chemical Dependency Care</small> <i>We Believe in Hope</i> <small>A Methodist Hospital Affiliate</small></p>	<p>SYMPTOM CHECKLIST</p>	<p>PATIENT NAME:</p>
--	--------------------------	----------------------

# LIFE LINE/LINIA DE VIDA

Name/Nombre \_\_\_\_\_ Completed By/Completado Por \_\_\_\_\_

Please indicate any major changes in the life of your child and the approximate age at which the change occurred. Examples include: separation, divorce, birth of sibling, death of a significant family member, relocation, change in schools, major illness of any family member, traumatic events (abuse, accident, hurricane, tornado, illness). Indicate if you noted any behavioral change connected with this major life change. *Indique algun cambio mayor en la vida de su hijo/a y aproximadamente la edad en que el cambio ocurrio. Ejemplos incluyen separacion, divorcio, el nacimiento de un hermano/a, la muerte de un miembro de la familia, recolocacion, cambio de escuelas, enfermedad mayor de cualquier miembro de la familia, acontecimientos traumaticos (abuso, accidente, enfermedades). Indique si usted noto algun cambio de conducta relacionado con este cambio mayor de la vida.*

**LIFE CHANGES/Cambios De Vida**

**NACIMIENTO**

**SYMPTOMS/SINTOMAS**

1 Ano/1yr

2 Ano/2yrs

3 Anos/3yrs

4 Anos/4yrs

5 Anos/5yrs

6 Anos/6yrs

7 Anos/7yrs

8 Anos/8yrs



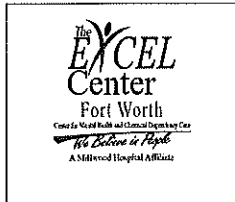
LIFELINE

PATIENT NAME:

**CAMBIOS DE VIDA/Cambios de Vida**

**SYMPTOMS/SINTOMAS**

9 Anos/9yrs
10 Anos/10yrs
11 Anos/11yrs
12 Anos/12yrs
13 Anos/13yrs
14 Anos/14yrs
15 Anos/15yrs
16 Anos/16yrs
17 Anos/17yrs
18 Anos/18yrs



LIFELINE

PATIENT NAME:



Name: \_\_\_\_\_ Gender: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Genero: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

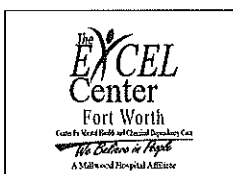
Completed by: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Completado por: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Directions: Each rating should be considered in the context of what is appropriate for the age of your child. When completing this form, please think about your child's behaviors in the past 6 months. Is this evaluation based on a time when the child.

was on medication     was not on medication     not sure

Instrucciones: Cada calificación debe ser considerada en el contexto de lo que es adecuado para la edad de su hijo/a. Por favor, cuando complete este formulario, piense sobre el comportamiento de su hijo/a en los últimos seis meses. Esta evaluación esta basada en un tiempo cuando el niño  Tomaba medicamentos     No tomaba medicamentos     No estoy segura


Symptoms: Síntomas:	Never Nunca	Occasionally A veces	Often A menudo	Very Often Muy a menudo
<b>1. Does not pay close attention to details or makes careless mistakes with(e.g., homework)</b> <i>No presta atencion a detalles o comete errores descuidadamente , por ejemplo, las tareas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Has difficulty keeping attention to what needs to be done</b> <i>Tiene dificultad en prestar atencion a las tareas que debe realizar</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Does not seem to listen when spoken to directly</b> <i>Cuando se le habla directamente aparenta no escuchar</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. Does not follow through on instructions and fails to finish schoolwork, chores, or duties</b> <i>No sigue las instrucciones que se le dan y no complete las tareas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. Has difficulty organizing tasks and activities</b> <i>Tiene dificultad en organizar sus tareas o actividades</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6. Avoids, dislikes, or is reluctant to engage in tasks that require sustained mental effort (e.g., Schoolwork or homework)</b> <i>Evita, no le gustan, o no quiere comenzar tareas que requieran esfuerzo mental continuo</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7. Loses things necessary for tasks or activities (e.g., toys, school assignments, pencils, books, or tools)</b> <i>Pierde cosas que necesita para tareas o actividades (juguetes, tareas, lapices, libros, herramientas)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8. Is distracted by extraneous stimuli</b> <i>Se distrae con facilidad con ruidos o otros estímulos</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Total:</b>				
<b>9. Is forgetful in daily activities</b> <i>Es olvidadizo en sus actividades diarias</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10. Fidgets with hands or feet or squirms in seat</b> <i>Es inquieto con las manos o los pies, se le dificulta permanecer sentado</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>11. Leaves seat in classroom or in other situations in which remaining seated is expected</b> <i>Se levanta de su asiento cuando se espera que permanezca sentado</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>12. Runs about or climbs excessively in situations in which remaining seated is expected</b> <i>Corre o trepa cuando se espera que permanezca sentado</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>13. Has difficulty playing or engaging in leisure activities quietly</b> <i>Tiene dificultad en jugar actividades tranquilas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>14. Is "on the go" or often acts as if "driven by a motor"</b> <i>Esta siempre activo "como si tuviera motor"</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>15. Talks excessively</b> <i>Habla demasiado</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>16. Blurts out answers before questions have been completed</b> <i>Responde a las preguntas sin esperar que terminen de hacerlas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>17. Has difficulty awaiting turn</b> <i>Se le hace difícil esperar su turno</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Total:</b>				



VANDERBILT ASSESSMENT SCALE  
 PARENT INFORMANT #6175  
 Adapted from the Vanderbilt Rating Scale by Mark L Wolraich, MD


PATIENT NAME:

Symptoms: <i>Sintomas:</i>	Never <i>Nunca</i>	Occasionally <i>A veces</i>	Often <i>A menudo</i>	Very Often <i>Muy a menudo</i>
<b>18. Interrupts or intrudes on others (e.g., butts into conversations/games)</b> <i>Interrumpe o se incluye en las conversaciones o actividades de otros</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>19. Argues with adults</b> <i>Discute con los adultos</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>20. Loses temper</b> <i>Pierde la paciencia</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>21. Actively defies or refuses to go along with adult requests or rules</b> <i>Desafía activament o se niega a cumplir o satisfacer los pedidos o reglas de los adultos</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>22. Deliberately annoys people</b> <i>Molesta intencionalmente a otras personas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>23. Blames others for his or her mistakes or misbehaviors</b> <i>Culpa a otros por sus errores o mal comportamiento</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>24. Is touch or easily annoyed by others</b> <i>Es muy quisquillosos, se molesta facilmente con otros</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>25. Is angry or resentful</b> <i>Se enfada con facilidad, es resentido</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Total:</b>				
<b>26. Is spiteful and wants to get even</b> <i>Es rencoroso o vengativo</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>27. Bullies, threatens, or intimidates others</b> <i>Atemoriza, amenaza, o intimida a otros</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>28. Starts physical fights</b> <i>Provoca a pelear a punetazos</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>29. Lies to get out of trouble or to avoid obligations (e.g. "cons"others)</b> <i>Miente para obtener cosas o evitar obligaciones</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>30. Is truant from school (skips school) without permission</b> <i>Falta a la escuela sin permiso de sus padres o maestros</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>31. Is physically cruel to people</b> <i>Es fisicamente cruel hacia otras personas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>32. Has stolen things that have value</b> <i>Ha robado artículos de valor</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>33. Deliberately destroys others' property</b> <i>Destruye intencionalmente la propiedad de otros</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>34. Has used a weapon that can cause damage</b> <i>Ha usado un arma que puede herir seriamente a otras personas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>35. Is physically cruel to animals</b> <i>Es fisicamente cruel con los animales</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>36. Has deliberately set fires to cause damage</b> <i>Ha encendido fuego intencionalmente para causar dano</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>37. Has broken into someone else's home, business or car</b> <i>Ha ingresado con violencia en otra casa, tienda, o carro</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>38. Has stayed out at night without permission</b> <i>Ha pasado la noche fuera de su casa sin permiso</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>39. Has run away from home overnight</b> <i>Se ha fugado de la casa sin permiso durante la noche</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Total:</b>				
<b>40. Has forced someone into sexual activity</b> <i>Ha forzado a alguien a mantener actividad sexual</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 <p><b>The EXCEL Center</b> Port Worth Center for Mental Health and Substance Use The Children's Hospital A Midwood Hospital Affiliate</p>	<p>VANDERBILT ASSESSMENT SCALE PARENT INFORMANT #6175 Adapted from the Vanderbilt Rating Scale by Mark L. Wolraich, MD</p>	<p>PATIENT NAME:</p>
---	--	----------------------

Symptoms: <i>Sintomas:</i>		Never <i>Nunca</i>	Occas- ionally <i>A veces</i>	Often <i>A menudo</i>	Very Often <i>Muy a menudo</i>
41. Is fearful, anxious, or worried <i>Es temeroso, ansioso, o preocupado</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Is afraid to try new things for fear of making mistakes <i>Teme hacer cosas nuevas por miedo a cometer errores</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Feels worthless or inferior <i>Se siente inferior o que no tiene valor</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Blames self for problems, feels guilty <i>Se siente culpable cuando hay problemas</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Feels lonely, unwanted, or unloved: complains that "no one loves him or her" <i>Se siente solo. Se queja que "nadie lo quiere"</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Is sad, unhappy, or depressed <i>Esta triste o deprimido (no esta contento)</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Is self-conscious or easily embarrassed <i>Le da verguenza facilmente o consiente de si mismo</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Performance Academic Performance</b> <i>Realizacion Academica</i>	<b>Excellent</b> <i>Escelente</i>	<b>Above Average</b> <i>Mas que el promedio</i>	<b>Average</b> <i>Promedio</i>	<b>Somewhat of a problem</b> <i>Casi un Problema</i>	<b>Problematic</b> <i>Es un problema</i>
48. Reading <i>Lectura</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Mathematics <i>Matematicas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Written Expression <i>Escritura</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Performance Classroom Behavior</b> <i>Desempeno en la escuela/clase</i>	<b>Excellent</b> <i>Escelente</i>	<b>Above Average</b> <i>Mas que el promedio</i>	<b>Average</b> <i>Promedio</i>	<b>Somewhat of a problem</b> <i>Casi un Problema</i>	<b>Problematic</b> <i>Es un problema</i>
51. Relationship with peers <i>Relacion con sus companeros</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Following directions <i>Sigue instrucciones</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Disrupting class <i>Interrumpe la clase</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Assignment completion <i>Termina sus tareas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Organizational skills <i>Habilidades de organizacion</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>COMMENTS: COMENTARIOS:</b>					

<b>FOR OFFICE USE ONLY: PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:</b>	
Total Number of ítems scored 2 or 3 in ítems 1-9:	(ADHD, predominantly inattentive type = 6 + symptoms)
Total number of items scored 2 or 3 in items 10-18:	(ADHD, predominantly hyperactive type = 6 + symptoms)
Total Symptoms Score for items 1-18:	(ADHD, predominantly combined type-6 + symptoms of both)
Total number of items scored 2 or 3 in items 19-26:	(oppositinal defiant disorder = 4 + symptoms)
Total number of items scored 2 or 3 in items 27-40:	(conduct disorder = 3 + symptoms)
Total number of items scored 2 or 3 in items 41-47:	(anxiety/depression = 3 + symptoms)

 <p><b>The EXCEL Center</b> Port Worth Center for Mental Health and Clinical Diagnostic Care <i>We Believe in People</i> A Millwood Hospital Affiliate</p>	<p>VANDERBILT ASSESSMENT SCALE PARENT INFORMANT #6175 Adapted from the Vanderbilt Rating Scale by Mark L Wolraich, MD</p>	PATIENT NAME: