

Ohio Scales for Youth (Parent Form)

SHARES Consumer Outcomes System

P

Nombre del niño: _____ Fecha: _____

CID#: _____ AID#: _____

Completed by Agency

Grado del niño: _____ Egresado de la Escuela Secundaria/GED? Sí No

Formulario respondido por: Madre Padre Madrastra Padrastro Otro: _____

Completion Status: Person completed Person unable to complete Person refused

Instrucciones: Califique la frecuencia con que su hijo ha tenido los siguientes problemas en los últimos 30 días.	Nunca	Una o dos veces	Varias veces	Con frecuencia	Casi siempre	Todo el tiempo
1. Discute con los demás	0	1	2	3	4	5
2. Se mete en peleas	0	1	2	3	4	5
3. Dice, insulta o grita a los demás, usa malas palabras	0	1	2	3	4	5
4. Ataques de ira	0	1	2	3	4	5
5. Se rehúsa a hacer lo que le dicen los maestros o los padres	0	1	2	3	4	5
6. Causa problemas sin motivo	0	1	2	3	4	5
7. Usa drogas o alcohol	0	1	2	3	4	5
8. No cumple las reglas o la ley (llega después de hora, roba)	0	1	2	3	4	5
9. Falta a la escuela o a las clases	0	1	2	3	4	5
10. Miente	0	1	2	3	4	5
11. No puede quedarse quieto, tiene demasiada energía	0	1	2	3	4	5
12. Se lastima o daña a sí mismo (se corta o raspa, toma píldoras)	0	1	2	3	4	5
13. Habla o piensa sobre la muerte	0	1	2	3	4	5
14. Siente que no vale nada o no sirve para nada	0	1	2	3	4	5
15. Se siente solo y no tiene amigos	0	1	2	3	4	5
16. Se siente ansioso o temeroso	0	1	2	3	4	5
17. Se preocupa de que suceda algo malo	0	1	2	3	4	5
18. Se siente triste o deprimido	0	1	2	3	4	5
19. Pesadillas	0	1	2	3	4	5
20. Problemas con la alimentación	0	1	2	3	4	5

Instrucciones: Marque con un círculo su respuesta a cada pregunta	Instrucciones: Marque con un círculo su respuesta a cada pregunta.
1. En general, ¿cuán satisfecho está usted con su relación con su hijo ahora? 1. Extremadamente insatisfecho 2. Moderadamente insatisfecho 3. Ligeramente insatisfecho 4. Ligeramente satisfecho 5. Moderadamente satisfecho 6. Extremadamente satisfecho	1. ¿Cuán satisfecho está con los servicios de salud mental que su hijo ha recibido hasta ahora? 1. Extremadamente insatisfecho 2. Moderadamente insatisfecho 3. Ligeramente insatisfecho 4. Ligeramente satisfecho 5. Moderadamente satisfecho 6. Extremadamente satisfecho
2. ¿Cuán capaz de encarar los problemas de su hijo se siente ahora? 1. Extremadamente incapaz 2. Moderadamente incapaz 3. Ligeramente incapaz 4. Ligeramente capaz 5. Moderadamente capaz 6. Extremadamente capaz	2. ¿En qué medida ha sido incluido en el proceso de planificación del tratamiento de su hijo? 1. Absolutamente no 2. Un poco 3. Ligeramente 4. Bastante 5. Moderadamente 6. Mucho
3. ¿Cuán estresado o presión tiene en su vida ahora? 1. Insoportable 2. Mucho 3. Una cantidad moderada 4. Bastante 5. Un poco 6. Muy poco	3. Los trabajadores de salud mental que han participado en mi caso escuchan y valoran mis ideas sobre la planificación del tratamiento para mi hijo. 1. Absolutamente no 2. Un poco 3. Ligeramente 4. Bastante 5. Moderadamente 6. Mucho
4. ¿Cuán optimista se siente ahora con respecto al futuro de su hijo? 1. El futuro luce muy mal 2. El futuro luce mal 3. El futuro luce tanto bien como mal 4. El futuro luce bastante bien 5. El futuro luce ligeramente prometedor 6. El futuro luce prometedor	4. ¿En qué medida el plan de tratamiento de su hijo incluye lo que usted piensa sobre las necesidades de tratamiento de su hijo? 1. Absolutamente no 2. Un poco 3. Ligeramente 4. Bastante 5. Moderadamente 6. Mucho

Instrucciones: Por favor califique el grado en que los problemas de su hijo afectan su actual capacidad en las actividades diarias. Considere el actual nivel de funcionamiento de su hijo.	Problemas extremos	Bastantes problemas	Algunos problemas	Le va bien	Le va muy bien
1. Llevarse bien con los amigos	0	1	2	3	4
2. Llevarse bien con la familia	0	1	2	3	4
3. Salir o entablar relación con novios o novias	0	1	2	3	4
4. Llevarse bien con los adultos fuera de la familia (maestros, director de la escuela)	0	1	2	3	4
5. Estar prolijo y limpio, lucir bien	0	1	2	3	4
6. Cuidarse la salud y tener buenos hábitos de salud (tomar medicamentos o lavarse los dientes)	0	1	2	3	4
7. Controlar las emociones y evitar los problemas	0	1	2	3	4
8. Sentirse motivado y terminar los proyectos	0	1	2	3	4
9. Participar en pasatiempos (tarjetas de béisbol, monedas, estampillas, dibujo)	0	1	2	3	4
10. Participar en actividades recreativas (deportes, natación, montar bicicleta)	0	1	2	3	4
11. Hacer tareas en la casa (limpiar su cuarto, otras tareas)	0	1	2	3	4
12. Asistir a la escuela y aprobar las materias	0	1	2	3	4
13. Aprender tareas que le serán útiles para trabajos futuros	0	1	2	3	4
14. Sentirse bien sobre sí mismo	0	1	2	3	4
15. Pensar con claridad y tomar decisiones acertadas	0	1	2	3	4
16. Concentrarse, prestar atención y terminar las tareas	0	1	2	3	4
17. Ganar dinero y aprender a usar el dinero con inteligencia	0	1	2	3	4
18. Hacer cosas sin supervisión o restricciones	0	1	2	3	4
19. Aceptar responsabilidad por sus acciones	0	1	2	3	4
20. Capacidad de expresar sentimientos	0	1	2	3	4