



Estimado padre o tutor:

Nos complace que esté interesado en utilizar los servicios de Child Study Center para su hijo. A fin de procesar su solicitud, le pedimos que nos brinde TODA la información detallada a continuación:

- \_\_\_\_\_1. Información del niño y la familia
- \_\_\_\_\_2. Escala de evaluación de Vanderbilt del NICHQ – Cuestionario para padres
- \_\_\_\_\_3. Cuestionario escolar y Escala de evaluación de Vanderbilt – **Completados por los maestros actuales de su hijo**
- \_\_\_\_\_4. Copia de la tarjeta del seguro – **debe fotocopiarse de ambos lados**
- \_\_\_\_\_5. Fotocopias de documentos de custodia legal, si corresponde. **Deben estar firmadas por un juez**
- \_\_\_\_\_6. Otros: **Fotocopias de todas las pruebas educativas y registros médicos relacionados con pruebas de desarrollo o comportamiento anteriores** (*Nota: las fotocopias no serán devueltas*)

**No se podrán programar los servicios que su hijo necesite hasta no recibir TODA la información completa.**

Si tiene alguna pregunta relacionada con la solicitud, puede comunicarse con un especialista de Servicios al cliente al **(682) 303-9300**.

**SÍRVASE TENER EN CUENTA:**

Su solicitud será revisada después de recibir toda su información.

Child Study Center se centra en la evaluación y el tratamiento de niños con discapacidades del desarrollo. Si las necesidades de su hijo no se encuentran dentro del alcance de nuestros servicios, le proporcionaremos una lista de servicios comunitarios que se ajusten a sus necesidades.

**Envíe la solicitud completa por correo a:**

Especialista de Servicios al cliente

Child Study Center

1300 West Lancaster Avenue

Fort Worth, TX 76102

Visite nuestra página web en: [www.cscfw.org](http://www.cscfw.org)

## INFORMACIÓN DEL NIÑO Y LA FAMILIA

### ESCRIBA CON TINTA NEGRA Y EN LETRA IMPRENTA

¿ESTE NIÑO YA FUE ATENDIDO EN CSC EN EL PASADO?  SÍ  NO

FECHA DE HOY: \_\_\_\_\_

#### INFORMACIÓN DEL NIÑO

APELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_ SEGUNDO NOMBRE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ N.º SS \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_

ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ CONDAD \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO

PRINCIPAL \_\_\_\_\_

ORIGEN ÉTNICO:  Hispano o latino  Ni hispano ni latino

RAZA:  Indígena americano o nativo de Alaska  Asiático  Negro o afroamericano

Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico  Blanco

IDIOMA QUE HABLA EL NIÑO \_\_\_\_\_ ¿NECESITARÁ UN TRADUCTOR?  SÍ  NO

¿EN QUÉ IDIOMA NECESITARÁ QUE HABLE EL TRADUCTOR? \_\_\_\_\_

#### INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE INDICÓ LA DERIVACIÓN

EL NIÑO FUE DERIVADO POR \_\_\_\_\_ N.º DE TELÉFONO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DEL CONSULTORIO \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

#### INFORMACIÓN DEL PADRE O TUTOR

¿CON QUIÉN VIVE EL NIÑO? \_\_\_\_\_

¿ESTA PERSONA ES EL TUTOR LEGAL?  SÍ  NO

RELACIÓN CON EL NIÑO \_\_\_\_\_

#### NOMBRE COMPLETO DE LA MADRE O TUTORA

ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ N.º SS \_\_\_\_\_ EMPLEADOR \_\_\_\_\_

N.º DE TELÉFONO PRINCIPAL \_\_\_\_\_  Celular OTRO N.º DE TELÉFONO \_\_\_\_\_  Celular

Particular  Particular

**CORREO ELECTRÓNICO** \_\_\_\_\_  Sí, me gustaría que me agreguen a su listado de correo electrónico para recibir novedades de Child Study Center. Entiendo que mi información se guardará en estricta reserva, y que puedo dar de baja este servicio en cualquier momento.

#### NOMBRE COMPLETO DEL PADRE O TUTOR

ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ N.º SS \_\_\_\_\_ EMPLEADOR \_\_\_\_\_

N.º DE TELÉFONO PRINCIPAL \_\_\_\_\_  Celular OTRO N.º DE TELÉFONO \_\_\_\_\_  Celular

Particular  Particular

**CORREO ELECTRÓNICO** \_\_\_\_\_  Sí, me gustaría que me agreguen a su listado de correo electrónico para recibir novedades de Child Study Center. Entiendo que mi información se guardará en estricta reserva, y que puedo dar de baja este servicio en cualquier momento.

#### CONTACTO DE EMERGENCIA (FAMILIAR MÁS CERCANO QUE NO VIVA CON USTED):

NOMBRE \_\_\_\_\_ RELACIÓN \_\_\_\_\_ N.º DE TELÉFONO \_\_\_\_\_

#### PERSONAS QUE HABITAN EN LA VIVIENDA FAMILIAR

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ RELACIÓN \_\_\_\_\_ UTILIZA SERVICIOS DE CSC  SÍ  NO

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ RELACIÓN \_\_\_\_\_ UTILIZA SERVICIOS DE CSC  SÍ  NO

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ RELACIÓN \_\_\_\_\_ UTILIZA SERVICIOS DE CSC  SÍ  NO

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ RELACIÓN \_\_\_\_\_ UTILIZA SERVICIOS DE CSC  SÍ  NO

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ RELACIÓN \_\_\_\_\_ UTILIZA SERVICIOS DE CSC  SÍ  NO

**MARQUE CON UN CÍRCULO EL INGRESO FAMILIAR (SOLO A TÍTULO INFORMATIVO PARA UNITED WAY)**

0-\$20,750    \$20,751-\$34,599    \$34,600-\$55,349    Más de \$55,350

**I. ENUMERE SUS INQUIETUDES PRINCIPALES EN RELACIÓN CON SU HIJO EN EL SIGUIENTE ESPACIO (describa el motivo de su solicitud y las preguntas que tenga en relación con su hijo)**

1. Seleccione los motivos por los cuales solicita los servicios de Child Study Center de la siguiente lista:
  - Para que se realice una evaluación de los problemas de atención o hiperactividad de mi hijo.
  - Para que se realice una evaluación de los problemas de aprendizaje de mi hijo (incluidas dislexia, matemáticas, escritura).
  - Para que se realice una evaluación de los retrasos del desarrollo de mi hijo (lenguaje, habilidades sociales, habilidades motoras).
  - Para que se realice una evaluación para determinar si mi hijo tiene autismo.
  - Para hablar con un médico acerca de los medicamentos que mi hijo toma actualmente.
  - Para obtener una segunda opinión acerca del diagnóstico de mi hijo, que es \_\_\_\_\_
  - Estoy interesado/a en el programa de comportamiento ABA (análisis aplicado del comportamiento) para niños de 3 a 8 años de edad con autismo.
  - Estoy interesado/a en la escuela de educación especial Jane Justin para niños de 3 a 12 años de edad.
  - Estoy interesado/a en los servicios relacionados con trastornos del comportamiento (BDC, por sus siglas en inglés) para niños con autismo
  - Otros motivos (describir): \_\_\_\_\_
2. Marque si su hijo ha:  Intentado lastimarse/matarse  Intentado lastimar/matar a otros  Presentado berrinches o crisis intensos
3. ¿Cuándo comenzaron los problemas de su hijo? \_\_\_\_\_
4. ¿Cuál es el diagnóstico médico o psiquiátrico de su hijo? \_\_\_\_\_
5. ¿Su hijo recibe educación especial?  SÍ  NO En caso afirmativo, ¿qué tipo de educación especial recibe?
  - Autismo  Discapacidad intelectual  PPCD (programa preescolar para niños con discapacidades)
  - Deficiencia del habla  Trastornos específicos del aprendizaje
  - Otras deficiencias de la salud  Trastorno emocional  Trastorno de comportamiento  Lesión cerebral traumática
6. ¿Su hijo actualmente recibe alguno de los siguientes servicios?
  - ECI (estimulación temprana)  Terapia ABA  Terapia del habla  Fisioterapia  Terapia ocupacional
  - Terapia  Ajustes establecidos en la sección 504  Asiste a una escuela privada
7. ¿Desea que a su hijo lo atienda un médico específico? En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre del médico? \_\_\_\_\_

**II. ANTECEDENTES DE EMBARAZO Y PARTO**

1. ¿Su hijo es adoptado?  SÍ  NO En caso afirmativo, ¿A qué edad fue adoptado? \_\_\_\_\_
2. Duración del embarazo: \_\_\_\_\_ semanas Peso al nacer: \_\_\_\_\_ libras \_\_\_ onzas.
3. Edad de la madre durante el embarazo: \_\_\_ Edad del padre durante el embarazo: \_\_\_
4. Problemas durante el embarazo [**marque (☐), si corresponde**]:
  - a. Sangrado/manchado..... \_\_\_\_\_
  - b. Diabetes gestacional (azúcar en la orina)..... \_\_\_\_\_
  - c. Presión arterial alta..... \_\_\_\_\_
  - d. Consumo de alcohol..... \_\_\_\_\_
  - e. Consumo de tabaco..... \_\_\_\_\_
  - f. Exposición a sustancias tóxicas..... \_\_\_\_\_ Si marca esta opción (☐), detalle \_\_\_\_\_
  - g. Infecciones..... \_\_\_\_\_ Si marca esta opción (☐), detalle \_\_\_\_\_
  - h. Medicamentos de venta bajo receta..... \_\_\_\_\_ Si marca esta opción (☐), detalle \_\_\_\_\_
  - i. Uso de otros medicamentos..... \_\_\_\_\_ Si marca esta opción (☐), detalle \_\_\_\_\_
  - j. Otros problemas \_\_\_\_\_
5. Trabajo de parto:  Inducido  Espontáneo ¿Cuánto duró el trabajo de parto? \_\_\_\_\_ horas
6. Parto:  Vaginal  Con fórceps  Con ventosa  Cesárea
7. Si fue una cesárea, ¿por qué?  Programada  Falta de progreso  Emergencia \_\_\_\_\_
8. ¿En qué hospital nació el bebé? \_\_\_\_\_
9. El bebé fue cuidado en la:  Sala de neonatología  Unidad de cuidados intensivos neonatales Fue dado de alta a los \_\_\_\_\_ días de vida

**SÍRVASE DETALLAR CUALQUIER OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE ACERCA DEL NACIMIENTO DE SU HIJO EN EL SIGUIENTE CUADRO:**

**III. ANTECEDENTES MÉDICOS/DE SALUD**

1. ¿Quién es el médico de su hijo? Nombre del médico \_\_\_\_\_
2. ¿Su hijo se atiende con un neurólogo?  SÍ  NO En caso afirmativo, indique su nombre \_\_\_\_\_
3. ¿Su hijo se atiende con un psiquiatra?  SÍ  NO En caso afirmativo, indique su nombre \_\_\_\_\_
4. ¿Su hijo se atiende con un terapeuta?  SÍ  NO En caso afirmativo, indique su nombre \_\_\_\_\_
5. ¿Su hijo toma algún medicamento actualmente (de venta bajo receta/de venta libre) en forma regular?  
 SÍ  NO En caso afirmativo, ¿cuáles son los medicamentos que toma?  
 \_\_\_\_\_
6. ¿Qué otros medicamentos ha tomado anteriormente su hijo? \_\_\_\_\_
7. ¿Alguna vez fue hospitalizado por razones psiquiátricas?  SÍ  NO En caso afirmativo, describa \_\_\_\_\_
8. ¿Presenta algún otro problema médico?  SÍ  NO En caso afirmativo, describa \_\_\_\_\_
9. ¿Ha sufrido alguna lesión grave, específicamente con pérdida del conocimiento?  SÍ  NO En caso afirmativo, describa \_\_\_\_\_

IV. DETALLE EN EL SIGUIENTE CUADRO CUALQUIER OTRO ANTECEDENTE MÉDICO IMPORTANTE DE SU HIJO, COMO LA HISTORIA DE PRUEBAS MÉDICAS QUE SE REALIZARON EN EL PASADO, SI LA HUBIERA:

V. ANTECEDENTES FAMILIARES

1. ANTECEDENTES DE LA MADRE BIOLÓGICA

Educación:  No se graduó  GED (examen de desarrollo de educación general)  Escuela secundaria  
 Educación superior incompleta  Tecnicatura  Licenciatura  
 Educación avanzada

Ocupación de la madre: \_\_\_\_\_

Indique si la madre biológica del niño tuvo/tiene antecedentes de:

Problemas del habla  Problemas de aprendizaje  Dislexia  Problemas de atención  Depresión  Ansiedad  
 Trastorno bipolar

2. ANTECEDENTES DEL PADRE BIOLÓGICO

Educación:  No se graduó  GED (examen de desarrollo de educación general)  Escuela secundaria  
 Educación superior incompleta  Tecnicatura  Licenciatura  
 Educación avanzada

Ocupación del padre: \_\_\_\_\_

Indique si el padre biológico del niño tuvo/tiene antecedentes de:

Problemas del habla  Problemas de aprendizaje  Dislexia  Problemas de atención  Depresión  Ansiedad  
 Trastorno bipolar

3. ESTADO CIVIL/RÉGIMEN DE VISITAS DE LOS PADRES

Los padres del niño: \_\_\_ No están casados \_\_\_ Están separados \_\_\_ Están divorciados \_\_\_ Casados el uno con el otro \_\_\_

Si están separados o divorciados, ¿cuál de ellos tiene la custodia principal? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia ve el niño al padre que no tiene la custodia? \_\_\_ Regularmente \_\_\_ A veces \_\_\_

4. CONDICIONES DE VIDA ACTUAL DEL NIÑO

¿Quién es la principal persona a cargo de sus cuidados? \_\_\_\_\_

5. ANTECEDENTES DEL HERMANOS BIOLÓGICOS

¿Alguno de sus hermanos biológicos tiene problemas de aprendizaje, del habla, de comportamiento u otros problemas?  SÍ  NO En caso afirmativo, describa \_\_\_\_\_

6. ANTECEDENTES FAMILIARES Marque () si alguna persona del lado materno o paterno de la familia del niño tiene antecedentes de:

___ Dificultades de aprendizaje/dislexia	___ Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)
___ Aprendizaje lento	___ Discapacidad intelectual
___ Trastornos del habla o lenguaje especificado	___ Autismo/Asperger/Trastorno generalizado del desarrollo no especificado
___ Convulsiones	___ Alcoholismo
___ Abuso de drogas	___ Ansiedad/preocupación excesiva
___ Depresión	___ Trastorno bipolar (depresión maníaca)
___ Esquizofrenia	___ Matrimonios consanguíneos
___ Síndromes genéticos	___ Problemas neurológicos

**VI. INFORMACIÓN DE LA ESCUELA**

Escuela: \_\_\_\_\_ Distrito Escolar: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_ Grados repetidos: \_\_\_\_\_

**VII. ANTECEDENTES DE SOCIALIZACIÓN**

1. ¿Le preocupa la capacidad de su hijo de hacer amigos y llevarse bien con otros?  
\_\_\_\_Si \_\_\_\_No En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_
2. ¿Su niño tiene un mejor amigo? Sí No
3. ¿Su hijo mantiene un buen contacto visual con las personas? Sí No
4. ¿Su hijo muestra interés por otros niños? Sí No

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor

\_\_\_\_\_  
Relación con el niño

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Assessment Scale – Parent Informant**

Today

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?

Symptoms	Never	Occasionally	Often	Very Often
1. Does not pay attention to details or makes careless mistakes with, for example, homework	0	1	2	3
2. Has difficulty keeping attention to what needs to be done	0	1	2	3
3. Does not seem to listen when spoken to directly	0	1	2	3
4. Does not follow through when given directions and fails to finish activities (not due to refusal or failure to understand)	0	1	2	3
5. Has difficulty organizing tasks and activities	0	1	2	3
6. Avoids, dislikes, or does not want to start tasks that require ongoing mental effort	0	1	2	3
7. Loses things necessary for tasks or activities (toys, assignments, pencils, or books)	0	1	2	3
8. Is easily distracted by noises or other stimuli	0	1	2	3
9. Is forgetful in daily activities	0	1	2	3
10. Fidgets with hands or feet or squirms in seat	0	1	2	3
11. Leaves seat when remaining seated is expected	0	1	2	3
12. Runs about or climbs too much when remaining seated is expected	0	1	2	3
13. Has difficulty playing or beginning quiet play activities	0	1	2	3
14. Is “on the go” or often acts as if “driven by a motor”	0	1	2	3
15. Talks too much	0	1	2	3
16. Blurts out answers before questions have been completed	0	1	2	3
17. Has difficulty waiting his or her turn	0	1	2	3
18. Interrupts or intrudes in on others’ conversations and/or activities	0	1	2	3
19. Argues with adults	0	1	2	3
20. Loses temper	0	1	2	3
21. Actively defies or refuses to go along with adults’ requests or rules	0	1	2	3
22. Deliberately annoys people	0	1	2	3
23. Blames others for his or her mistakes or misbehaviors	0	1	2	3
24. Is touchy or easily annoyed by others	0	1	2	3
25. Is angry or resentful	0	1	2	3
26. Is spiteful and wants to get even	0	1	2	3
27. Bullies, threatens, or intimidates others	0	1	2	3
28. Starts physical fights	0	1	2	3
29. Lies to get out of trouble or to avoid obligations (ie, “cons” others)	0	1	2	3
30. Is truant from school (skips school) without permission	0	1	2	3
31. Is physically cruel to people	0	1	2	3
32. Has stolen things that have value	0	1	2	3

The information contained in this publication should not be used as a substitute for the medical care and advice of your pediatrician. There may be variations in treatment that your pediatrician may recommend based



National Initiative for Children's Healthcare Quality

**D3**

**NICHQ Vanderbilt Assessment Scale—PARENT Informant, continued**

Today's Date: \_\_\_\_\_ Child's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Parent's Name: \_\_\_\_\_ Parent's Phone Number: \_\_\_\_\_

Symptoms (continued)	Never	Occasionally	Often	Very Often
33. Deliberately destroys others property	0	1	2	3
34. Has used a weapon that can cause serious harm (bat, knife, brick, gun)	0	1	2	3
35. Is physically cruel to animals	0	1	2	3
36. Has deliberately set fires to cause damage	0	1	2	3
37. Has broken into someone else's home, business, or car	0	1	2	3
38. Has stayed out at night without permission	0	1	2	3
39. Has run away from home overnight	0	1	2	3
40. Has forced someone into sexual activity	0	1	2	3
41. Is fearful, anxious, or worried	0	1	2	3
42. Is afraid to try new things for fear of making mistakes	0	1	2	3
43. Feels worthless or inferior	0	1	2	3
44. Blames self for problems, feels guilty	0	1	2	3
45. Feels lonely, unwanted, or unloved; complains that "no one loves him or her"	0	1	2	3
46. Is sad, unhappy, or depressed	0	1	2	3
47. Is self-conscious or easily embarrassed	0	1	2	3

Performance	Excellent	Above Average	Average	Somewhat of a Problem	Problematic
48. Overall school performance	1	2	3	4	5
49. Reading	1	2	3	4	5
50. Writing	1	2	3	4	5
51. Mathematics	1	2	3	4	5
52. Relationship with parents	1	2	3	4	5
53. Relationship with siblings	1	2	3	4	5
54. Relationship with peers	1	2	3	4	5
55. Participation in organized activities (eg, teams)	1	2	3	4	5

Comments: \_\_\_\_\_

American Academy  
of Pediatrics



**NICHQ**

National Initiative for Children's Healthcare Quality





**SCHOOL QUESTIONNAIRE**

**To be completed by your child's current teachers**

PLEASE COMPLETE IN BLACK INK

CHILD'S NAME: \_\_\_\_\_ BIRTHDATE:     /     /

SCHOOL: \_\_\_\_\_ GRADE: \_\_\_\_\_ SCHOOL DISTRICT: \_\_\_\_\_

ADDRESS: \_\_\_\_\_ CITY/STATE/ZIP: \_\_\_\_\_

SCHOOL PHONE #: (     ) \_\_\_\_\_ DATE FORM FILLED OUT:     /     /

NAME OF PERSON COMPLETING FORM: \_\_\_\_\_

1. Is this child in a Special Education program?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes, explain: _____
2. Does this child receive any interventions?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes, explain: _____
3. Does this child receive any classroom modifications?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes, explain: _____
4. Does this child have problems with handwriting?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes, explain: _____
5. Does this child have problems copying from the board?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes, explain: _____
6. Does this child have difficulties making friends?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes, explain: _____
7. Does this child have problems making eye contact?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes, explain: _____
8. Does this child have problems expressing his/her thoughts?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes, explain: _____
9. In your opinion, is this child functioning at capacity?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes, explain: _____
10. Have you discussed these problems with his/her parents?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

**PLEASE DESCRIBE WHAT CONCERNS YOU MOST ABOUT THIS STUDENT:**

**PLEASE COMPLETE THE NICHQ VANDERBILT ASSESSMENT SCALE ON THE FOLLOWING (2) PAGES.**

**D4 NICHQ Vanderbilt Assessment Scale—TEACHER Informant**

Teacher's Name: \_\_\_\_\_ Class Time: \_\_\_\_\_ Class Name/Period: \_\_\_\_\_

Today's Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Child's Name: \_\_\_\_\_ Grade Level: \_\_\_\_\_

Directions: Each rating should be considered in the context of what is appropriate for the age of the child you are rating and should reflect that child's behavior since the beginning of the school year. Please indicate the number of weeks or months you have been able to evaluate the behaviors: \_\_\_\_\_.

Is this evaluation based on a time when the child  was on medication  was not on medication  not sure? Symptom

Symptoms (continued)	Never	Occasionally	Often	Very Often
1. Fails to give attention to details or makes careless mistakes in schoolwork	0	1	2	3
2. Has difficulty sustaining attention to tasks or activities	0	1	2	3
3. Does not seem to listen when spoken to directly	0	1	2	3
4. Does not follow through on instructions and fails to finish schoolwork (not due to oppositional behavior or failure to understand)	0	1	2	3
5. Has difficulty organizing tasks and activities	0	1	2	3
6. Avoids, dislikes, or is reluctant to engage in tasks that require sustained mental effort	0	1	2	3
7. Loses things necessary for tasks or activities (school assignments, pencils, or books)	0	1	2	3
8. Is easily distracted by extraneous stimuli	0	1	2	3
9. Is forgetful in daily activities	0	1	2	3
10. Fidgets with hands or feet or squirms in seat	0	1	2	3
11. Leaves seat in classroom or in other situations in which remaining seated is expected	0	1	2	3
12. Runs about or climbs excessively in situations in which remaining seated is expected	0	1	2	3
13. Has difficulty playing or engaging in leisure activities quietly	0	1	2	3
14. Is "on the go" or often acts as if "driven by a motor"	0	1	2	3
15. Talks excessively	0	1	2	3
16. Blurts out answers before questions have been completed	0	1	2	3
17. Has difficulty waiting in line	0	1	2	3
18. Interrupts or intrudes on others (eg, butts into conversations/games)	0	1	2	3
19. Loses temper	0	1	2	3
20. Actively defies or refuses to comply with adult's requests or rules	0	1	2	3
21. Is angry or resentful	0	1	2	3
22. Is spiteful and vindictive	0	1	2	3
23. Bullies, threatens, or intimidates others	0	1	2	3
24. Initiates physical fights	0	1	2	3
25. Lies to obtain goods for favors or to avoid obligations (eg, "cons" others)	0	1	2	3
26. Is physically cruel to people	0	1	2	3
27. Has stolen items of nontrivial value	0	1	2	3
28. Deliberately destroys others' property	0	1	2	3
29. Is fearful, anxious, or worried	0	1	2	3



National Initiative for Children's Healthcare Quality

American Academy of Pediatrics



**D4 NICHQ Vanderbilt Assessment Scale—TEACHER Informant, continued**

Teacher's Name: \_\_\_\_\_ Class Time: \_\_\_\_\_ Class Name/Period: \_\_\_\_\_

Today's Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Child's Name: \_\_\_\_\_ Grade Level: \_\_\_\_\_

Symptoms (continued)	Never	Occasionally	Often	Very Often
32. Feels worthless or inferior	0	1	2	3
33. Blames self for problems; feels guilty	0	1	2	3
34. Feels lonely, unwanted, or unloved; complains that "no one loves him or her"	0	1	2	3
35. Is sad, unhappy, or depressed	0	1	2	3

Performance	Above		Somewhat of a		
<i>Academic Performance</i>	Excellent	Average	Average	Problem	Problematic
36. Reading	1	2	3	4	5
37. Mathematics	1	2	3	4	5
38. Written expression	1	2	3	4	5

	Above		Somewhat of a		
<i>Classroom Behavioral Performance</i>	Excellent	Average	Average	Problem	Problematic
39. Relationship with peers	1	2	3	4	5
40. Following directions	1	2	3	4	5
41. Disrupting class	1	2	3	4	5
42. Assignment completion	1	2	3	4	5
43. Organizational skills	1	2	3	4	5

Comments:

Please return this form to:

Mailing Address: \_\_\_\_\_

Fax Number: \_\_\_\_\_

<b>For Office Use Only</b>	
Total number of questions scored 2 or 3 in questions 1 - 9:	_____
Total number of questions scored 2 or 3 in questions 10 - 18:	_____
Total Symptom Score for questions 1 - 18:	_____
Total number of questions scored 2 or 3 in questions 19 - 28:	_____
Total number of questions scored 2 or 3 in questions 29 - 35:	_____
Total number of questions scored 4 or 5 in questions 36 - 43:	_____
Average Performance Score:	_____



National Initiative for Children's Healthcare Quality

American Academy of Pediatrics



# Autorización para Obtener y/o Divulgar Información Médica Protegida ("PHI")

Este formulario, si está firmado, autorizará a Cook Children's Health Care System ("CCHCS") a obtener y/o divulgar cierta información de salud sobre la persona nombrada a continuación. Todos los artículos deben ser completados y la autorización firmada y fechada por una persona autorizada para ser válido. Puedo negarme a firmar esta autorización y entiendo que CCHCS no puede condicionar el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios sobre si firmo o no esta autorización.

1. Autorizo CCHCS (Por favor marcas odos los que correspondan):

Centro Médico       Nombre del Médico/Nombre de la Clínica: \_\_\_\_\_

Home Health (Cuidado Casero); para obtener y/o divulgar información de salud, como se describe a continuación, del expediente médico de:

Nombre completo del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

2. La información especificada a continuación puede ser obtenida y/o divulgada a:

Nombre de la Persona/Organización

Número Telefónico

Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal

Número de Fax

3. La información del paciente se necesita por (Por favor marcas todos los que correspondan):

Uso Personal/Acceso Personal

Militar

Seguro Social/Incapacidad

Mercadeo

Reclamos/Cobranzas de Seguro

Educación

Continuación de Cuidado Médico

Propósito Legal

Otros: \_\_\_\_\_

4. Debe elegir uno:  Yo quiero  Yo no quiero que la información especificada que será divulgada que incluya antecedentes, diagnóstico y/o tratamiento para: Genética, VIH/SIDA/pruebas, Enfermedades Transmisibles, Drogas/Alcohol, Enfermedades de Salud Mental.

5. Información que se divulgará y/u obtendrá (Por favor marcas todos los que correspondan):

Días Específicos de Servicio: \_\_\_\_\_

Reportes de Hospitalización

Reportes de Consulta

Resumen de alta

Hoja de registro

Reportes Operativos

Archivos de Sala de Emergencias

Imágenes de rayos equis

Historial y Físico

Evaluaciones de Audio, Terapia Física u Ocupacional o de Habla

Reportes de laboratorios

Reportes de Patología

Notas de Progreso

Reportes de Radiología

Información médica/imágenes para mercadeo o educación

Notas de Clínicas Especializadas

Otros: \_\_\_\_\_

Aprobar la comunicación verbal con

fecha de visita

Inicial

6. Entiendo y reconozco las siguientes declaraciones: se me puede pedir que muestre una prueba de que tengo la autoridad para firmar esta autorización. Es posible que se me cobre una tarifa por cualquier copia de mis registros médicos o los registros médicos de mi hijo de acuerdo con las regulaciones federales y estatales. Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe hacerse por escrito a: **Cook Children's Health Care System, Health Information Management Department, 801 7th Avenue, Fort Worth, Texas 76104.** Mi revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización. Después de que se publique la información médica anterior, puede ser re-liberada por el destinatario y la información ya no puede estar protegida por las leyes o regulaciones federales de privacidad.

**REVOCACIÓN:** A menos que se revoque lo contrario por escrito, esta autorización es válida hasta la siguiente fecha específica (opcional): Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_, Año \_\_\_\_\_. Para los pacientes menores de 18 años en el momento de la firma de esta autorización, si no se indica la fecha de caducidad, esta autorización es válida hasta el 18vo. cumpleaños del paciente. Para los pacientes mayores de 18 años en el momento de la firma de esta autorización, si no se indica fecha de caducidad, esta autorización expirará 2 años a partir de la fecha en que se firme este formulario.

7. Firma del Paciente/Padre/Representante Legalmente Autorizado      Nombre impreso del Paciente/Padre/Representante Legalmente Autorizado      Fecha      Hora

8. Relación al paciente

PRINT OR IMPRINT PATIENT INFORMATION

## CookChildren's

CSN \_\_\_\_\_

ROI Request

801 7th Avenue  
Fort Worth, Texas 76104-2796

MRN \_\_\_\_\_

627176 03/20 EP