

Pediatric Symptom Checklist-Youth (PSC-Y) – Spanish

Name:	IS #:	Date:
Clinical Staff Name:	Admin Time Point: <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Reassessment <input type="checkbox"/> Discharge	

Indique cual síntoma mejor te describe:	Nunca	A Veces	Frecuente-mente	N/A*
1. Sientes dolores y malestares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Pasas mucho tiempo solo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Te cansas fácilmente, tienes poca energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Eres inquieto(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Tienes problemas con los maestros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Estás menos interesado (a) en la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Eres incansable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Eres muy soñador(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Te distraes fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Te sientes temeroso(a) en nuevas situaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Te sientes triste, infeliz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Eres irritable, te enojas mucho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Te sientes sin esperanzas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Tienes problemas para concentrarte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Te sientes menos interesado(a) en tus amistades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Te peleas con otros niños(as)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Te ausentas de la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Las notas escolares están bajando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Te críticas a ti mismo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. Consultas al doctor y el doctor no te encuentra nada malo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21. Tienes problemas para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22. Te preocupas mucho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23. Quieres estar con tus padres más que antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24. Te sientes malo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25. Tomas riesgos innecesarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26. Te lastimas facilmente/frecuentemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27. Parece que te diviertes menos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28. Actúas más chico que los niños de tu propia edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29. No obedeces reglas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30. No demuestras tus sentimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31. No comprendes los sentimientos de otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
32. Molestas a otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
33. Culpas a otros por tus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
34. Tomas cosas que no te pertenecen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
35. Te rehusas a compartir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Total Score: _____