



# Ohio Mental Health Consumer Outcomes System

## Ohio Youth Problem, Functioning, and Satisfaction Scales

### Parent Rating – Short Form

# P

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Grado del niño: \_\_\_\_\_

ID#: \_\_\_\_\_  
Completed by Agency

Fecha de nacimiento del niño: \_\_\_\_\_ Sexo del niño:  Varón  Mujer Raza del niño: \_\_\_\_\_

Formulario respondido por:  Madre  Padre  Madrastra  Padrastro  Otro: \_\_\_\_\_

<b>Instrucciones:</b> 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 (Ilega 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

(Sume las calificaciones) Total \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Marque con un círculo su respuesta a cada pregunta.

- En general, ¿cuán satisfecho está usted con su relación con su hijo ahora?
  - Extremadamente satisfecho
  - Moderadamente satisfecho
  - Ligeramente satisfecho
  - Ligeramente insatisfecho
  - Moderadamente insatisfecho
  - Extremadamente insatisfecho
- ¿Cuán capaz de encarar los problemas de su hijo se siente ahora?
  - Extremadamente capaz
  - Moderadamente capaz
  - Ligeramente capaz
  - Ligeramente incapaz
  - Moderadamente incapaz
  - Extremadamente incapaz
- ¿Cuánto estrés o presión tiene en su vida ahora?
  - Muy poco
  - Un poco
  - Bastante
  - Una cantidad moderada
  - Mucho
  - Insoportable
- ¿Cuán optimista se siente ahora con respecto al futuro de su hijo?
  - El futuro luce prometedor
  - El futuro luce ligeramente prometedor
  - El futuro luce bastante bien
  - El futuro luce tanto bien como mal
  - El futuro luce mal
  - El futuro luce muy mal

**Total:** \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Marque con un círculo su respuesta a cada pregunta.

- ¿Cuán satisfecho está con los servicios de salud mental que su hijo ha recibido hasta ahora?
  - Extremadamente satisfecho
  - Moderadamente satisfecho
  - Ligeramente satisfecho
  - Ligeramente insatisfecho
  - Moderadamente insatisfecho
  - Extremadamente insatisfecho
- ¿En qué medida ha sido incluido en el proceso de planificación del tratamiento de su hijo?
  - Mucho
  - Moderadamente
  - Bastante
  - Ligeramente
  - Un poco
  - Absolutamente no
- Los trabajadores de salud mental que han participado en mi caso escuchan y valoran mis ideas sobre la planificación del tratamiento para mi hijo.
  - Mucho
  - Moderadamente
  - Bastante
  - Ligeramente
  - Un poco
  - Absolutamente no
- ¿En qué medida el plan de tratamiento de su hijo incluye lo que usted piensa sobre las necesidades de tratamiento de su hijo?
  - Mucho
  - Moderadamente
  - Bastante
  - Ligeramente
  - Un poco
  - Absolutamente no

**Total:** \_\_\_\_\_

<b>Instrucciones:</b> 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