



Formulario de información sobre el niño o el adolescente

ESTA PORCION DEBE SER COMPLETADA POR LOS PADRES

Fecha: _____

Nombre del niño o adolescente:

Dirección:

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____

Teléfono de casa:() _____ Teléfono de celular: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: M F

Lugar de nacimiento:

Raza/Etnicidad: Blanco

Negro/Afroamericano

Asiático

Nativo Americano

Latino/origen Hispano

Nativo de Hawái u otra isla del Pacifico

Multirracial

Mexicano/Mexicano Americano

Otro: _____

HISTORIA FAMILIAR: SITUACION ACTUAL DE LA FAMILIA:

Con quien vive el niño (a): _____

Padre/Guardián (1)

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Edad:** _____

Raza/Etnicidad: Blanco

Negro/Afroamericano

Asiático

Nativo Americano

Latino/origen Hispano

Nativo de Hawái u otra isla de Pacifico

Multirracial

Mexicano/Mexicano Americano

Otro: _____

Parentesco: padre/madre biológico Padrastro/madrastra Padre/madre adoptivo

Familiar Otro: _____

Estado civil de los padres:

Casados Separados Divorciados Fallecido Cohabita

Padre/Guardián (2)

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Edad:** _____

Raza/Etnicidad: Blanco

Negro/Afroamericano

Asiático

Nativo Americano

Latino/origen Hispano

Nativo de Hawái u otra isla de Pacifico

Multirracial

Mexicano/Mexicano Americano

Otro: _____

Parentesco: padre/madre biológico Padrastro/madrastra Padre/madre adoptivo
 Familiar Otro:

Estado civil: Casados Separados Divorciados Fallecido Cohabita

Existe una orden de custodia: _____

HERMANOS Y HERMANAS: (indique si son medio-hermano(as))

	Nombre:	Edad:	Sexo:	Escuela/Ocupación:	Grado :	Vive en Casa:	
1.			M F			Si	No
2.			M F			Si	No
3.			M F			Si	No
4.			M F			Si	No
5.			M F			Si	No
6.			M F			Si	No

Otras personas que viven en casa (y su relación con ellos)

1. _____ 3. _____
 2. _____ 4. _____

Describe las fortalezas personales del niño o adolescente:

¿ Está su hijo/hija actualmente experimentando cualquiera de los siguientes? (marque todo lo que aplique)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tristesa | <input type="checkbox"/> Mal trato físico |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Abuso sexual |
| <input type="checkbox"/> Ataques de pánico | <input type="checkbox"/> Baja energía/fatiga |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Pensamientos o comportamientos suicidas |
| <input type="checkbox"/> Abuso/ uso de drogas | <input type="checkbox"/> Problemas médicos |
| <input type="checkbox"/> Desorden alimenticio | <input type="checkbox"/> Problemas de empleo |
| <input type="checkbox"/> Problemas para dormir | <input type="checkbox"/> Problemas financieros |
| <input type="checkbox"/> Enojo/irritabilidad | <input type="checkbox"/> Problemas legales |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse | <input type="checkbox"/> Pena/pérdida |
| <input type="checkbox"/> Problemas de relación | |

Veo las siguientes fortalezas en mi niño/niña (marque lo que aplique)

- Creativo
- Curioso
- Mente abierta
- Le encanta aprender
- Tiene sentido de perspectiva que ofrece a los demás
- Auténtico
- Valiente
- Puede ser persistente cuando quiero algo
- Acerca de la vida con entusiasmo y energía
- Amable
- Valora de amor y relaciones con los demás
- Consiente de cómo otros se sienten
- Justo
- Tiene buen liderazgo
- Funciona bien con otros
- Puede perdonar a los demás
- Modesto
- Hace opciones con cuidado y pensativamente
- Regula sus propios sentimientos
- Aprecia las cosas bellas
- Agradecido/a
- Tiene esperanza
- Tiene un buen sentido del humor
- Tiene un significado religioso o espiritual en su vida

Nombre _____

Fecha _____

Nunca o casi Nunca Rara vez A veces Frequentemente Casi siempre Siempre

PURPOSE: El Y-OQ[®]-SR 2.0 está diseñado para describir una amplia gama de situaciones, comportamientos, y humores problemáticos que son comunes entre los adolescentes. Tal vez te des cuenta de que algunas de estas declaraciones no se aplican a tu situación actual. De ser así, por favor, no dejes en blanco estas declaraciones, sino marca la categoría de ANunca o casi nunca. Cuando comiences a llenar el Y-OQ[®]-SR 2.0 te darás cuenta de que, fácilmente, puedes hacer parecer que estás tan saludable o no saludable, como desees. Por favor no lo hagas. Si contestas tan acertadamente como te sea posible, es más probable que se te de la ayuda que buscas.

INSTRUCCIONES:
 - Cuidadosamente lee cada declaración.
 - Marca el cuadrado que mejor describa la semana pasada.
 - Decide que tan acertada ha sido esta declaración durante los últimos **7 días**.
 - Marca sólo un cuadrado por cada declaración y borra totalmente cualquier error.

Developed by
 Gary M. Burlingame, Ph.D.,
 Gawain Wells, Ph.D. and
 Michael J. Lambert, Ph.D.

© Copyright 1996 American Professional Credentialing Services LLC.
 All Rights Reserved. License Required For All Uses

For More Information Contact:
 AMERICAN PROFESSIONAL CREDENTIALING SERVICES LLC
 PO Box 970354
 Orem, Utah 84097-0354

E-MAIL:
 APCS@OQFAMILY.COM

WEB:
 WWW.OQFAMILY.COM
 TOLL-FREE: 1-888-MH SCORE, (1-888-647-2673)
 FAX: 1-801-434-9730

- | | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Mi niño(a) quiere estar a solas más que los niños de su edad..... | <input type="radio"/> |
| 2. Mi niño(a) Se queja de vértigo (mareos) o dolores de cabeza..... | <input type="radio"/> |
| 3. Mi niño(a) no participa en actividades que antes le gustaban..... | <input type="radio"/> |
| 4. Mi niño(a) discute o es verbalmente irrespetuos o..... | <input type="radio"/> |
| 5. Mi niño(a) es más miedoso(a) que otros niños de su edad..... | <input type="radio"/> |
| 6. Mi niño(a) falta a clases o es faltista | <input type="radio"/> |
| 7. Mi niño(a) coopera con los reglamentos y con lo que se espera de él (ella)..... | <input type="radio"/> |
| 8. Mi niño(a) se le dificulta cumplir con sus deberes.....
(escolares y del hogar) o los desempeña descuidadamente. | <input type="radio"/> |
| 9. Mi niño(a) se queja o lloriquea de que 'no es justo'..... | <input type="radio"/> |
| 10. Mi niño(a) tiene problemas intestinales como diarrea o estreñimiento..... | <input type="radio"/> |
| 11. Mi niño(a) se pelea (cuerpo a cuerpo) con sus compañeros o familiares.... | <input type="radio"/> |
| 12. Mi niño(a) se preocupa y no puede sacar ciertos pensamientos de su mente..... | <input type="radio"/> |
| 13. Mi niño(a) roba o miente..... | <input type="radio"/> |
| 14. Mi niño(a) está inquieto(a), o hiperactivo(a)..... | <input type="radio"/> |
| 15. Mi niño(a) parece estar nervioso(a) o ansioso(a)..... | <input type="radio"/> |
| 16. Mi niño(a) se comunica de una manera agradable y apropiada..... | <input type="radio"/> |
| 17. Mi niño(a) parece estar tenso(a), se sobresalta fácilmente | <input type="radio"/> |
| 18. Mi niño(a) se orina o se hace popó | <input type="radio"/> |
| 19. Mi niño(a) se pone agresivo con los adultos..... | <input type="radio"/> |
| 20. Mi niño(a) ve, oye o cree cosas que no son realidad | <input type="radio"/> |
| 21. Mi niño(a) se has lastimado a si mismo(a), (e.g. se ha cortado o.....
rasguñado a suicidarse). | <input type="radio"/> |
| 22. Mi niño(a) consume alcohol o drogas | <input type="radio"/> |
| 23. Mi niño(a) parece no poder organizarse | <input type="radio"/> |
| 24. Mi niño(a) disfruta de sus relaciones con su familia y amigos..... | <input type="radio"/> |
| 25. Mi niño(a) parece estar triste o desdichado(a)..... | <input type="radio"/> |
| 26. Mi niño(a) ha experimentado dolor o debilidad muscular o en las articulaciones.... | <input type="radio"/> |
| 27. Mi niño(a) tiene una actitud negativa o de desconfianza hacia sus.....
amigos, familiares u otros adultos. | <input type="radio"/> |
| 28. Mi niño(a) zree que hay quienes tratan de hacerle daño aun cuando esto...
no es verdad | <input type="radio"/> |
| 29. Mi niño(a) amenaza con irse de la casa (huir, desaparecerse), o lo ha hecho..... | <input type="radio"/> |
| 30. Mi niño(a) ha experimentado bruscos, fuertes y rápidos cambios emocionales..... | <input type="radio"/> |

Nombre _____

Fecha _____

Nunca o casi Nunca Rara vez A veces Frecuente-mente Casi siempre Siempre

PURPOSE: El Y-OQ⁷-SR 2.0 está diseñado para describir una amplia gama de situaciones, comportamientos, y humores problemáticos que son comunes entre los adolescentes. Tal vez te des cuenta de que algunas de estas declaraciones no se aplican a tu situación actual. De ser así, por favor, no dejes en blanco estas declaraciones, sino marca la categoría de ANunca o casi nunca. Cuando comiences a llenar el Y-OQ⁷-SR 2.0 te darás cuenta de que, fácilmente, puedes hacer parecer que estás tan saludable o no saludable, como desees. Por favor no lo hagas. Si contestas tan acertadamente como te sea posible, es más probable que se te de la ayuda que buscas.

INSTRUCCIONES:
 - Cuidadosamente lee cada declaración.
 - Marca el cuadrado que mejor describa la semana pasada.
 - Decide que tan acertada ha sido esta declaración durante los últimos 7 días.
 - Marca sólo un cuadrado por cada declaración y borra totalmente cualquier error.

Developed by
 Gary M. Burlingame, Ph.D.,
 Gawain Wells, Ph.D. and
 Michael J. Lambert, Ph.D.

© Copyright 1996 American Professional Credentialing Services LLC.
 All Rights Reserved. License Required For All Uses

For More Information Contact:

AMERICAN PROFESSIONAL CREDENTIALING SERVICES LLC
 PO Box 970354
 Orem, Utah 84097-0354

E-MAIL:
 APCS@OQFAMILY.COM

WEB:
 WWW.OQFAMILY.COM
 TOLL-FREE: 1-888-MH SCORE, (1-888-647-2673)
 FAX: 1-801-434-9730

31. Deliberadamente quebranta reglamentos, leyes o no hace lo que se espera de él (ella).....	<input type="radio"/>				
32. Parece estar contento(a) con sigo mismo(a).....	<input type="radio"/>				
33. Está enfadado(a), hace pucheros, o llora más que los niños de su edad....	<input type="radio"/>				
34. Se aleja de sus familiares o amigos	<input type="radio"/>				
35. Se queja de dolores estomacales o de sentirse enfermo(a) más que..... los niños de su edad.	<input type="radio"/>				
36. No tiene o mantiene amigos	<input type="radio"/>				
37. Tiene amigos de quienes yo no apruebo	<input type="radio"/>				
38. Cree que hay quienes pueden escuchar sus pensamientos, o él..... (ella) cree que pensamientos de otros.	<input type="radio"/>				
39. Tiene comportamientos sexuales inapropiados (e.g. sexualmente	<input type="radio"/>				
40. Se le dificulta esperar su turno en actividades y conversaciones, interrumpe.....	<input type="radio"/>				
41. Piensa en el suicidio y dice que estaría mejor si estuviera muerto(a).....	<input type="radio"/>				
42. Se queja de tener pesadillas, se le dificulta el dormir, duerme de	<input type="radio"/>				
43. Se queja de las reglas, responsabilidades, o lo que se espera de él (ella).. Las desafia.	<input type="radio"/>				
44. Tiene períodos de felicidad extrema, o energía excesiva.....	<input type="radio"/>				
45. Controla apropiadamente la frustración o el aburrimiento.....	<input type="radio"/>				
46. Tiene miedo de volverse loco(a).....	<input type="radio"/>				
47. Siente remordimientos cuando debe de sentir remordimientos.....	<input type="radio"/>				
48. Es extraordinariamente exigente, exige demasiado.....	<input type="radio"/>				
49. Está irritable.....	<input type="radio"/>				
50. Vomita o le dan nauseas más seguido que a los niños de su edad.....	<input type="radio"/>				
51. Se enoja tanto que los demás se sienten amenazados por mi niño(a).....	<input type="radio"/>				
52. Parece fomentar discordias cuando está aburrido(a).....	<input type="radio"/>				
53. Su optimismo y esperanzas son apropiadas.....	<input type="radio"/>				
54. Tiene contracciones nerviosas, movimientos bruscos en la cara,..... los brazos o el cuerpo	<input type="radio"/>				
55. Daña la propiedad ajena a propósito	<input type="radio"/>				
56. Se le dificulta hacer sus tareas (escolares y del hogar), concentrarse o pensar con claridad.	<input type="radio"/>				
57. Habla negativamente, como si todo lo malo que ocurre fuera su culpa.....	<input type="radio"/>				
58. Ha perdido una cantidad considerable de peso sin razón médica alguna...	<input type="radio"/>				
59. Actúa impulsivamente sin pensar en las consecuencias.....	<input type="radio"/>				
60. Por lo general está calmado(a).....	<input type="radio"/>				
61. No se perdona errores que cometió en el pasado.....	<input type="radio"/>				
62. Le falta energía.....	<input type="radio"/>				
63. Siente que no tiene amigos o piensa (siente) que no le cae bien a nadie....	<input type="radio"/>				
64. Se frustra y se da por vencido(a) o se disgusta fácilmente	<input type="radio"/>				

A completado por niño/adolescente

¿Actualmente experimenta los siguientes? (marque todos los que aplique)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tristesa | <input type="checkbox"/> Mal trato físico |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Abuso sexual |
| <input type="checkbox"/> Ataques de pánico | <input type="checkbox"/> Baja energía/fatiga |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Pensamientos o comportamientos suicidas |
| <input type="checkbox"/> Abuso/ uso de drogas | <input type="checkbox"/> Problemas médicos |
| <input type="checkbox"/> Desorden alimenticio | <input type="checkbox"/> Problemas de empleo |
| <input type="checkbox"/> Problemas para dormir | <input type="checkbox"/> Problemas financieros |
| <input type="checkbox"/> Enojo/irritabilidad | <input type="checkbox"/> Problemas legales |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse | <input type="checkbox"/> Pena/pérdida |
| <input type="checkbox"/> Problemas de relación | |

¿ Veo los siguientes fortalezas en mí? (marque todos lo que aplique)

- Creativo/a
- Curioso/a
- Mente abierta
- Me encanta aprender
- Tengo sentido de perspectiva que ofrezco a los demás
- Auténtico/a
- Valiente
- Puedo ser persistente cuando quiero algo
- Acercó de la vida con entusiasmo y energía
- Amable
- Valoro de amor y relaciones con los demás
- Consiente de cómo otros se sienten
- Justo/a
- Tengo buenas habilidades de liderazgo
- Funciono bien con otros
- Puedo perdonar a los demás
- Modesto/a
- Puedo hacer opciones con cuidado y pensativamente
- Puedo regular mis propios sentimientos
- Aprecio las cosas bellas
- Agradecido/a
- Tengo esperanza
- Tengo un buen sentido del humor
- Tengo un significado religioso o espiritual en mi vida

Nombre _____

Fecha _____

Nunca o casi Nunca Rara vez A veces Frecuente-mente Casi siempre Siempre

PROPOSITO: El YOQ.1 está diseñado para describir una amplia gama de situaciones, comportamientos, y humores problemáticos que son comunes entre adolescentes y niños. Tal vez se dé cuenta de que algunas de éstas declaraciones no se aplican a la situación actual del niño(a). De ser así, por favor, no deje en blanco éstas declaraciones, sino encierre en un círculo la categoría de ANunca o casi nunca@. Cuando comience a llenar el YOQ.1 se dará cuenta de que, fácilmente, puede hacer que el niño(a) parezca tan saludable, o no saludable, como Ud. guste. Por favor, abstengase de hacer ésto. Si Ud. evalúa al niño(a) tan acertadamente como le sea posible, es más probable que se le provéa la ayuda que Ud. búscas para el niño(a).

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente cada declaración. Decida que tan verídica ha sido ésta declaración acerca del niño(a) durante los últimos siete días. Encierre en un círculo el número que describa más acertadamente al niño(a) durante los últimos siete días. Encierre en un círculo solamente un número por declaración y borre cualquier error.

Developed by
Gawain Wells, Ph.D.,
Gary M. Burlingame, Ph.D. and
Michael J. Lambert, Ph.D.

© Copyright 1996 American
Professional Credentialing
Services LLC.
All Rights Reserved. License
Required For All Uses

For More Information Contact:

AMERICAN PROFESSIONAL
CREDENTIALING SERVICES
LLC
PO Box 970354
Orem, Utah 84097-0354

E-MAIL:
APCS@OQFAMILY.COM

WEB:
WWW.OQFAMILY.COM
TOLL-FREE: 1-888-MH
SCORE, (1-888-647-2673)
FAX: 1-801-434-9730

- | | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Quiero estar a solas más que los niños de mi edad..... | <input type="radio"/> |
| 2. Tengo dolores de cabeza o vértigo (mareos)..... | <input type="radio"/> |
| 3. No participo en actividades que antes me divertían | <input type="radio"/> |
| 4. Discuto o soy verbalmente irrespetuoso(a) | <input type="radio"/> |
| 5. Tengo más miedo que los niños de mi edad | <input type="radio"/> |
| 6. Falto a clases o no voy a la escuela..... | <input type="radio"/> |
| 7. Coopero con los reglamentos y con lo que los adultos esperan de mi.... | <input type="radio"/> |
| 8. Se me dificulta cumplir con mis deberes (escolares y del hogar) o los hago descuidadamente. | <input type="radio"/> |
| 9. Me quejo de que 'no es justo'..... | <input type="radio"/> |
| 10. Tengo problemas intestinales como diarrea o estreñimiento | <input type="radio"/> |
| 11. Me peleo a puñetazos, patadas, mordidas o razguños con mis.....
compañeros o familiares. | <input type="radio"/> |
| 12. Me preocupo y no puedo sacar ciertos pensamientos de mi mente | <input type="radio"/> |
| 13. Robo o miento..... | <input type="radio"/> |
| 14. No me puedo estar quieto (o tengo demasiada energía)..... | <input type="radio"/> |
| 15. Me siento ansioso(a) o nervioso(a)..... | <input type="radio"/> |
| 16. Hablo con los demás de forma amigable..... | <input type="radio"/> |
| 17. Estoy tenso(a) y me sobresalto fácilmente..... | <input type="radio"/> |
| 18. Me orino o hago popó involuntariamente (despierto[a] o dormido[a])..... | <input type="radio"/> |
| 19. Me peleo (cuerpo a cuerpo) con adultos..... | <input type="radio"/> |
| 20. Veo, oigo o creo cosas que no son reales..... | <input type="radio"/> |
| 21. Me he lastimado a propósito (ejem. me he cortado, razguñado, o he.....
intentado suicidarme). | <input type="radio"/> |
| 22. Uso alcohol o drogas..... | <input type="radio"/> |
| 23. Soy desorganizado (o parezco no poder organizarme)..... | <input type="radio"/> |
| 24. Disfruto las relaciones que tengo con mis familiares y amigos..... | <input type="radio"/> |
| 25. Estoy triste o soy desdichado(a)..... | <input type="radio"/> |
| 26. Tengo dolor o debilidad muscular o en las articulaciones..... | <input type="radio"/> |
| 27. I Se me dificulta el confiar en amigos, miembros de la familia u otros....
adultos. | <input type="radio"/> |
| 28. Pienso que hay quienes tratan de lastimarme aún cuando ésto no es.....
verdad. | <input type="radio"/> |
| 29. Amenazo con irme de la casa (huir, desaparecer), o lo he hecho..... | <input type="radio"/> |
| 30. Mis emociones son fuertes y cambian rápidamente | <input type="radio"/> |

Nombre _____	Fecha _____	Nunca o casi Nunca	Rara vez	A veces	Frecuente-mente	Casi siempre Siempre
<p>PROPOSITO: El YOQ.1 está diseñado para describir una amplia gama de situaciones, comportamientos, y humores problemáticos que son comunes entre adolescentes y niños. Tal vez se dé cuenta de que algunas de éstas declaraciones no se aplican a la situación actual del niño(a). De ser así, por favor, no deje en blanco éstas declaraciones, sino encierre en un círculo la categoría de ANunca o casi nunca. Cuando comience a llenar el YOQ.1 se dará cuenta de que, fácilmente, puede hacer que el niño(a) parezca tan saludable, o no saludable, como Ud. guste. Por favor, abstengase de hacer ésto. Si Ud. evalúa al niño(a) tan acertadamente como le sea posible, es más probable que se le provéa la ayuda que Ud. busca para el niño(a).</p> <p>INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente cada declaración. Decida que tan <u>verídica</u> ha sido ésta declaración acerca del niño(a) durante los últimos <u>siete días</u>. Encierre en un círculo el número que describa más acertadamente al niño(a) durante los últimos <u>siete días</u>. Encierre en un círculo solamente un número por declaración y borre cualquier error.</p> <p>Developed by Gawain Wells, Ph.D., Gary M. Burlingame, Ph.D. and Michael J. Lambert, Ph.D.</p> <p>© Copyright 1996 American Professional Credentialing Services LLC. All Rights Reserved. License Required For All Uses</p> <p>For More Information Contact: AMERICAN PROFESSIONAL CREDENTIALING SERVICES LLC PO Box 970354 Orem, Utah 84097-0354</p> <p>E-MAIL: APCS@OQFAMILY.COM</p> <p>WEB: WWW.OQFAMILY.COM TOLL-FREE: 1-888-MH SCORE, (1-888-647-2673) FAX: 1-801-434-9730</p>	31. Quebranto reglamentos, leyes o no hago lo que se espera de mí a propósito.	<input type="radio"/>				
	32. Estoy contento(a) con migo mismo(a).....	<input type="radio"/>				
	33. Hago pucheros, lloro o me tengo lástima más que los niños de mi edad..	<input type="radio"/>				
	34. Me alejo de mis familiares o amigos.....	<input type="radio"/>				
	35. Me duele el estomago o me siento enfermo(a) más que los niños de mi edad.	<input type="radio"/>				
	36. No tengo amigos o cuando los tengo es por corto tiempo.....	<input type="radio"/>				
	37. Tengo amigos de quienes mis padres o tutores no aprueban.....	<input type="radio"/>				
	38. Pienso que puedo oír los pensamientos de otros o que ellos pueden oír los míos.	<input type="radio"/>				
	39. Mis amigos o familiares no aprobarían de mi comportamiento sexual....	<input type="radio"/>				
	40. Se me dificulta esperar mi turno en actividades o conversaciones.....	<input type="radio"/>				
	41. Pienso en el suicidio o siento que sería mejor si estuviera muerto(a).....	<input type="radio"/>				
	42. Tengo pesadillas, se me dificulta el dormir, duermo de más o me..... despierto temprano sin querer	<input type="radio"/>				
	43. Me quejo o desafío las reglas, responsabilidades o lo que se espera de mí.....	<input type="radio"/>				
	44. Tengo períodos de felicidad extrema, o energía excesiva.....	<input type="radio"/>				
	45. Por lo general no me molesta la frustración ni el aburrimiento.....	<input type="radio"/>				
	46. Tengo miedo de volverme loco(a).....	<input type="radio"/>				
	47. Me siento culpable cuando hago algo inapropiado.....	<input type="radio"/>				
	48. Exijo demasiado de los demás o soy agresivo en mis exigencias.....	<input type="radio"/>				
	49. Estoy irritable.....	<input type="radio"/>				
	50. Vomito o me dan nauseas más seguido que a los niños de mi edad.....	<input type="radio"/>				
	51. Me enojo tanto que amenazo a los demás.....	<input type="radio"/>				
	52. Me meto en problemas cuando estoy aburrido.....	<input type="radio"/>				
	53. Soy positivo y tengo esperanzas.....	<input type="radio"/>				
	54. Los músculos de mi cara, brazos, o cuerpo tienen contracciones..... nerviosas o movimiento brúscos	<input type="radio"/>				
	55. Daño propiedad ajena a propósito.....	<input type="radio"/>				
	56. Se me dificulta concentrarme, pensar con claridad o hacer mis tareas.....	<input type="radio"/>				
	57. Me siento mal y me culpo por lo que no anda bien.....	<input type="radio"/>				
	58. He perdido mucho peso sin estar enfermo(a).....	<input type="radio"/>				
	59. Actúo sin pensar y no me preocupo de las consecuencias.....	<input type="radio"/>				
	60. Soy calmado(a).....	<input type="radio"/>				
	61. No me perdono los errores que he cometido.....	<input type="radio"/>				
	62. No tengo mucha energía.....	<input type="radio"/>				
	63. Siento que no tengo amigos o pienso (siento) que no le caigo bien a nadie.	<input type="radio"/>				
	64. Me frustró o disgusto fácilmente y me doy por vencido(a).....	<input type="radio"/>				