



Member Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Service Location: \_\_\_\_\_

Service Type: \_\_\_\_\_

Date Completed: \_\_\_\_\_ Date Entered: \_\_\_\_\_

Clinician Name: \_\_\_\_\_

**Evaluación de la salud de su niño/a (CHI-C)<sup>TM</sup>**

1. En general, diría usted que la salud de su niño/a es:

Excelente      Muy buena      Buena      Regular      Mala  
                       

2. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha estado su niño/a limitado/a en alguna de las siguientes actividades a causa de problemas de SALUD?

	Sí, muy limitado/a	Sí, algo limitado/a	Sí, un poco limitado/a	No, nada limitado/a
a. ¿Al hacer cosas que requieren algo de energía como andar en bicicleta o patinar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. ¿Al inclinarse, levantar algo o agacharse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha estado su niño/a limitado/a en el TIPO de trabajo escolar o actividades con amigos/as que podría hacer debido a problemas de salud FÍSICA?

Sí, muy limitado/a      Sí, algo limitado/a      Sí, un poco limitado/a      No, nada limitado/a  
                 

4. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha estado su niño/a limitado/a en el TIPO de trabajo escolar o actividades con amigos/as que podría hacer debido a problemas EMOCIONALES o con su COMPORTAMIENTO?

Sí, muy limitado/a      Sí, algo limitado/a      Sí, un poco limitado/a      No, nada limitado/a  
                 

5. Durante las últimas 4 semanas, ¿qué tanto dolor físico o molestia ha tenido su niño/a?

Ninguno      Muy poco      Poco      Moderado      Severo      Muy Severo  
                             

6. Durante las últimas 4 semanas, ¿qué tan satisfecho/a cree usted que se ha sentido su niño/a con sus amistades?

Muy satisfecho/a      Algo satisfecho/a      Ni satisfecho/a ni insatisfecho/a      Algo insatisfecho/a      Muy insatisfecho/a  
                       

7. Durante las últimas 4 semanas, ¿qué tan satisfecho/a cree usted que ha estado su niño/a con su vida, en general?

Muy satisfecho/a      Algo satisfecho/a      Ni satisfecho/a ni insatisfecho/a      Algo insatisfecho/a      Muy insatisfecho/a  
                       

8. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia cree usted que su niño/a ha estado molest/a o enojado/a?

Siempre      Casi siempre      Algunas veces      Casi nunca      Nunca

9. Comparado/a con otros niños/as de su edad, diría usted que el comportamiento en general de su niño/a es:

Excelente      Muy bueno      Bueno      Regular      Malo

                      

---

10. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántos días de escuela perdió su niño/a?

---

11. Si su niño/a perdió uno o más días de escuela durante las últimas 4 semanas, ¿cuántos días perdió debido a su SALUD?

---

12. ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones?

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
a. Mi niño/a es optimista con respecto a su futuro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Mi niño/a puede enfrentar problemas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Mi niño/a tiene un sólido sistema de apoyo social.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

13. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia cree que su niño/a...

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a. se sintió nervioso/a o inquieto/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. tuvo dificultad para dormir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. se sintió irritable o enfadado/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

14. Nos gustaría conocer algunos datos de su niño/a.

Su niño es...

¿Cuántos años tiene su niño/a?

---

**Gracias por contestar la evaluación CHI-C™**

Por favor haga clic aquí si no quiere compartir los resultados de esta evaluación con el profesional de salud que lo/la atiende.

© Copyright QualityMetric Incorporated, 2008. Consumer Health Inventory - Child™ and CHI-C™ are Trademarks of QualityMetric Incorporated, All Rights Reserved

Si necesita ayuda, por favor llame al 1-800-572-9394. Mencione que está tratando de contestar la evaluación Magellan sobre la salud de su niño/a (CHI-C™) y le ayudaremos.

