



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 molesto/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 en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
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...  niño /niña

¿Cuántos años tiene su niño/a?

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

[Haga clic aquí para obtener su informe](#)

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 CHI-C™ y le ayudaremos.