

Para cada elemento, por favor, poña unha cruz no cadradiño Non verdadeiro, Dalgún xeito verdadeiro, ou Totalmente verdadeiro. Axudariamos se respostase tódalas preguntas o mellor que poida, aínda se non esta completamente seguro, ou a pregunta lle parece rara. Por favor, responde según lle aconteceu durante os derradeiros seis meses.

Nome .....

Home/Muller

Data de nacemento .....

	<b>Non verdadeiro</b>	<b>Dalgún xeito verdadeiro</b>	<b>Totalmente verdadeiro</b>
Procuo ser amable cos demháis. Preocúpome dos seus sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto inquedanza, sobreactividade, non podo estar parado/a moito tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A miúdo teño dor de cabeza, estómago ou náusea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comparto de seguida cos outros (regalos, xoguetes, lapices ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfádome e a miúdo perdo os estribos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soio estar ó méu. Prefiro xogar soio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polo xeral son obediente, soio facer o que me piden os maiores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preocúpame moito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Axudo se alguén está ferido, enfermo, ou preocupado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou todo o tempo inqueda ou rebulindo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teño un bo/a amigo/a ou máis dun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pelexo moito. Podo facer que outra xente faga o que eu quero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A miúdo sintome triste, choroso ou deprimido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soio gustar ós outro xente da mía idade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distráio-me facilmente. Teño dificultades en concentrarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sintome nervioso ou dubitativo en novas situacións, perdo facilmente a confianza en mín mesmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Son amable cos nenos máis pequenos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A miúdo me acusan de mentir ou facer trampas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outro xente da mía idade métense connigo ou abusan de mín	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ofrézome voluntario a miúdo para axudar a outros (pais, mestres, nenos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penso as cousas antes de facelas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Collo cousas que non son miñas da casa, escola ou doutro lugar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lévome mellor cos maiores que cos compañeiros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teño moitos medos, asústome facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remato as tarefas aue estou a facer, teño boa atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿ Ten vostede outros comentarios ou preocupacións?

**Por favor, déalle a volta a páxina, hai máis preguntas no outro lado**

No seu conxunto, ¿pensa que vostede ten dificultades nunha o máis das seguintes áreas: emocións, concentración, comportamento ou capacidade de relación con outras persoas?

Non	Sí- pequenas dificultades	Sí- claras dificultades	Sí- dificultades severas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se contestou "Si", por favor responde as seguintes preguntas sobre esas dificultades:

- ¿Cánto tempo hai que estas dificultades están presentes?

Menos dun mes	1-5 meses	6-12 meses	Ó redor dun ano
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- ¿Lle preocupan ou stresan esas dificultades?

Non	Só un pouco	Bastante	Moito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- ¿Interfíren esas dificultades coa súa vida cotiá nas seguintes áreas?

	Non	Só un pouco	Bastante	Moito
VIDA NA CASA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RELACIÓNS COS COMPAÑEIROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APRENDIZAXE NA ESCOLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACTIVIDADES DE LECER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- ¿Supoñen esas dificultades unha carga para a súa familia, mestres ou amigos?

Non	Só un pouco	Bastante	Moito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sinatura .....

Data .....

**Moitas gracias pola sua axuda**