



**Developmental Pediatrics**  
Boston Children's Health Physicians  
Until every child is well™

REGISTRO DE PACIENTE NUEVO Y PAQUETE DE ADMISIÓN

Cuando sus formularios estén completos, envíalos a:

Correo electrónico: [Lorena\\_Imbert@bchphysicians.org](mailto:Lorena_Imbert@bchphysicians.org)

Fax: 914-345-1752

O por correo: 400 Columbus Ave, Suite 200E, Valhalla, NY 10595

**\*No hay lugar de entrega física disponible\***

**PARA QUE NOSOTROS PROGRAMEMOS UNA CITA PARA  
USTED, NECESITAMOS LO SIGUIENTE:**

- **COPIA ANTERIOR Y POSTERIOR DE LAS TARJETAS DE SEGURO**
- **REFERENCIA DE DOCTOR A DOCTOR**
- **PAQUETE DE PACIENTE NUEVO**
- **CUALQUIER DOCUMENTO DE SEPARACIÓN/DIVORCIO QUE INDICA LA CUSTODIA O LA TOMA DE DECISIÓN MÉDICA DEBE SER ENVIADA A NOSOTROS**

**IMPORTANTE:** Actualmente estamos colocando a todos los pacientes en una lista de espera de 18 a 24 meses. Una vez que haya una cita disponible, la oficina llamará para programar una cita.



**Developmental Pediatrics**  
Boston Children's Health Physicians  
Until every child is well™

19 Bradhurst Ave, Suite 2400N, Hawthorne, NY 10532

914-304-5250 | fax 914-345-1752

[DevelopmentalPediatrics@bchphysicians.org](mailto:DevelopmentalPediatrics@bchphysicians.org) | [www.bchphysicians.org](http://www.bchphysicians.org)

Gracias por elegir a la **División de Pediatría del Desarrollo** de Boston Children's Health Physicians para el cuidado de su hijo. Para ayudarlo a continuar siendo una parte activa del equipo de atención médica de su hijo, queremos aprovechar esta oportunidad para compartir con usted algunos aspectos de cómo funciona nuestra oficina.

Nuestros teléfonos son atendidos los días laborables de 8:30 a.m. a 4:30 p.m. Si se comunica con nuestro buzón de voz durante el horario de oficina, eso significa que todos los recepcionistas están en otra llamada, pero si deja un mensaje, se le devolverá la llamada.

Si necesita hablar con su médico, llame durante el horario de atención. En las noches, fines de semana y feriados, nuestro sistema telefónico no graba mensajes. Las renovaciones de recetas no se pueden registrar fuera del horario de atención o en días festivos.

Si su hijo está tomando medicamentos:

- En una visita aquí, su médico hablará con usted cuando su hijo necesita regresar para una visita de seguimiento; muy a menudo, la renovación del medicamento de su hijo puede verse afectada por si se ha cumplido o no una cita de seguimiento solicitada, o si se ha programado una cita de seguimiento solicitada; creemos que no es una buena práctica médica renovar los medicamentos sin ver al niño con regularidad.
- Si necesita una recarga, siga las instrucciones del sistema telefónico. Llame mientras aún tenga entre 5 y 7 días de medicamento, ya que es posible que no podamos responder a una solicitud de reabastecimiento el mismo día. Por favor, espere entre 24 y 48 horas para procesar su solicitud.
- Además, tenga en cuenta que las regulaciones del estado de Nueva York pueden prohibirnos agregar resurtidos a ciertas recetas de medicamentos.

Si su hijo es menor de 18 años y alguien que no sea el padre lo lleva a visitarlo, debe traer a la visita una nota escrita del padre autorizando a la persona que acompaña a su hijo.

Para proteger la confidencialidad de los registros de su hijo, no podemos divulgar los registros ni hablar sobre su hijo con nadie más que con los padres, a menos que tengamos un formulario de divulgación firmado por la HIPAA en el archivo. Los pacientes que tienen 18 años o más se consideran adultos y deben autorizar a sus padres a participar en su atención o recibir registros.

Queremos asegurarnos de que su hijo sea atendido a tiempo para una cita programada. Asegúrese de registrarse para su cita al menos 15 minutos antes de la hora programada, ya sea que su cita esté programada para una visita en el consultorio o mediante telesalud. Su hijo debe estar presente para la cita, a menos que el médico lo especifique.

*Por último, los siguientes formularios de inscripción y admisión deben devolverse antes de que se programe la cita. Envíe estos formularios por fax al 914-345-1752 o por correo electrónico, [DevelopmentalPediatrics@bchphysicians.org](mailto:DevelopmentalPediatrics@bchphysicians.org). Si tiene documentos adicionales que proporcionar, envíelos junto con estos formularios.*

Gracias,  
División de Pediatría del Desarrollo

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_  
Today's date

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
Patient Name

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Date of Birth

Dirección del paciente: \_\_\_\_\_  
Patient Address

Sexo:  Hombre  Mujer  
Gender: Male Female

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Email Address

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_  
Home Phone

Teléfono celular: \_\_\_\_\_  
Cell Phone

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_  
Primary Care Physician

Teléfono: \_\_\_\_\_  
Phone

Padre / Garante # 1: \_\_\_\_\_  
Parent / Guarantor #1

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Date of Birth

Dirección postal: \_\_\_\_\_  
Address

Relación: \_\_\_\_\_  
Relationship

Teléfono preferido: \_\_\_\_\_  
Preferred Phone

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Email Address

Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_  
Alternative Phone

Padre / Garante # 2: \_\_\_\_\_  
Parent / Guarantor #2

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Date of Birth

Dirección postal: \_\_\_\_\_  
Address

Relación: \_\_\_\_\_  
Relationship

Teléfono preferido: \_\_\_\_\_  
Preferred Phone

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Email Address

Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_  
Alternative Phone

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_  
Emergency Contact Name

Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Phone Number

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
Relationship to Patient

## INFORMACIÓN DEL SEGURO *INSURANCE INFORMATION*

Nombre del seguro primario: \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia: \_\_\_\_\_  
*Primary Insurance Name Effective Date*

Dirección del seguro: \_\_\_\_\_  
*Insurance Address*

Número de identificación de miembro: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_  
*Member ID # Group #*

Nombre del titular de la tarjeta *Cardholder Name*: \_\_\_\_\_

Titular de la tarjeta fecha de nacimiento *Cardholder DOB*: \_\_\_\_\_ Sexo *Gender*:  M  F

Nombre del seguro secundario: \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia: \_\_\_\_\_  
*Secondary Insurance Name Effective Date*

Dirección del seguro: \_\_\_\_\_  
*Insurance Address*

Número de identificación de miembro: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_  
*Member ID # Group #*

Nombre del titular de la tarjeta *Cardholder Name*: \_\_\_\_\_

Titular de la tarjeta fecha de nacimiento *Cardholder DOB*: \_\_\_\_\_ Sexo *Gender*:  M  F

Empleador *Employer*: \_\_\_\_\_

Dirección del empleado *Employer Address*: \_\_\_\_\_

### Divulgación de información y cesión de beneficios *Release of Information and Assignment of Benefits*

Por la presente autorizo a BCHP a divulgar información sobre el tratamiento o los servicios prestados a Medicare u otras compañías de seguros responsables de mi atención o la de mis dependientes. Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare / otra compañía de seguros se realice a mí o en mi nombre a BCHP por cualquier servicio prestado. Se me ha informado que si mi seguro requiere un copago, debe pagarlo en el momento de mi visita. De lo contrario, se agregará un recargo de \$ 15 a mi factura.

*I hereby authorize BCHP to release information regarding treatment or services rendered to Medicare/other insurance carriers responsible for my or my dependent's care. I request that payment of authorized Medicare/ other insurance company benefits be made to either me or on my behalf to BCHP for any services rendered. I have been advised that if my insurance requires a co-pay, it is due at the time of my visit. Otherwise, a \$15 surcharge will be added to my bill.*

\_\_\_\_\_  
*Firma del paciente o representante autorizado  
Signature of Patient or Authorized Representative*

\_\_\_\_\_  
*Fecha  
Date*

### TARJETAS DE SEGURO *INSURANCE CARDS*

Las tarjetas de seguro deben presentarse en cada visita. Si no presenta la tarjeta del seguro en el momento de la visita, será responsable del pago de los servicios prestados por Boston Children's Health Physicians, LLP.

*Insurance cards must be presented at each visit. If you do not present the insurance card at the time of the visit, you will be responsible for the payment of services rendered by Boston Children's Health Physicians, LLP.*

REFERENCIAS REFERRALS

Tenga en cuenta que una referencia completa de su proveedor de atención primaria para que los servicios se facturen a su compañía de seguros por cada servicio prestado. Comuníquese con su proveedor de atención primaria para obtener una remisión.

Si no recibimos la derivación adecuada, usted será responsable del pago de los servicios prestados por Boston Children's Health Physicians, LLP.

*Please be advised that a completed referral from your primary care provider in order for services to be billed to your insurance company for each service rendered. Please contact your primary care provider to obtain a referral.*

*If we do not receive the appropriate referral, you will be responsible for payment of services rendered by Boston Children's Health Physicians, LLP.*

Nombre del paciente (en letra de imprenta) *Name of Patient*

Fecha de nacimiento *Date of Birth*

Nombre del padre / tutor (en letra de imprenta) *Name of Parent/Guardian*

Relación con el paciente *Relationship to Patient*

Firma del paciente (si es mayor de 18 años) o padre/tutor  
*Signature of Patient (if over 18) or Parent/Guardian*

Fecha de hoy *Today's Date*

El gobierno federal está pidiendo a todos los médicos que recopilen información sobre la raza y el origen étnico para controlar la calidad de la atención médica y para garantizar que todos los pacientes, independientemente de su raza y origen étnico, reciban la mejor atención posible. Estamos comprometidos a brindar atención médica integral y culturalmente sensible, y la recopilación de esta información también nos brinda información que puede ayudarnos a servir mejor a su familia. Si decide proporcionarnos esta información, mantendremos su identidad confidencial.

*The federal government is asking all physicians to collect race and ethnicity information to monitor the quality of medical care and to ensure that all patients, regardless of race and ethnicity, get the best care possible. We are committed to providing culturally-sensitive, whole-person medical care and collecting this information also gives us information that can help us serve your family better. If you choose to provide us with this information, we will keep your identity confidential.*

Con esto en mente, le pedimos que complete lo siguiente. Si opta por no participar, indíquelo a continuación.

*With this in mind, we ask that you complete the following. If you choose not to participate, please indicate it below.*

¿Qué categoría describe mejor la raza del paciente? *Which category best describes the patient's race?*

Indio Americano o Nativo de Alaska  
*American Indian or Alaska Native*

Asiático  
*Asian*

Negro / Afroamericano  
*Black/African American*

Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico  
*Native Hawaiian or Other Pacific Islander*

Blanco  
*White*

Otro  
*Other*

¿Qué categoría describe mejor la etnia del paciente? *Which category best describes the patient's ethnicity?*

Hispano / Latino  
*Hispanic/Latino*

No Hispano / Latino  
*Non-Hispanic/Latino*

Si es Hispano/Latino:  Mexicano  
*If Hispanic/Latino: Mexican*

Puertorriqueño  
*Puerto Rican*

Cubano  
*Cuban*

Otro  
*Other*

Idioma Preferido:  Inglés  
*Preferred Language: English*

Español  
*Spanish*

Otro: \_\_\_\_\_  
*Other*

No deseo proporcionar esta información *I do not wish to provide this information*



**Developmental Pediatrics**  
Boston Children's Health Physicians  
Until every child is well™

19 Bradhurst Ave. Suite 2400N, Hawthorne NY 10532

914-304-5250 | fax 914-345-1752

[DevelopmentalPediatrics@bchphysicians.org](mailto:DevelopmentalPediatrics@bchphysicians.org) | [www.bchphysicians.org](http://www.bchphysicians.org)

Estimado Padre/Tutor: *Dear Parent/Guardian:*

Responda las siguientes preguntas lo mejor que pueda y envíelo por correo electrónico o fax antes de su visita. Si tiene alguna pregunta sobre un elemento específico de información que se le solicita, puede llamar antes de su cita, ya que la información se cubrirá durante la visita.

*Please answer the following questions as best as you can and send it via email or fax prior to your visit. If you have any questions about a specific item of information being asked, you can call before your appointment as the information will be covered during the visit.*

Gracias. *Thank You.*

---

**Nombre del Niño** *Name of Child:* \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento** *Date of Birth:* \_\_\_\_\_

**¿Qué preocupaciones tiene sobre su hijo?** *What concerns do you have about your child?*

- desarrollo** *development*       **aprender** *learning*       **habla/lenguaje** *speech/language*  
 **atención** *attention*       **comportamiento** *behavior*

**Describa sus inquietudes brevemente** *Please describe your concerns briefly:*

---

---

**Diagnósticos actuales o previos** (si los hay) *Current or prior diagnoses (if any):*

---

---

**MEDICAMENTOS** *Medications*

Medicamentos actuales *Current medications:* \_\_\_\_\_

Medicamentos previos *Prior medications:* \_\_\_\_\_

**ALERGIAS** *Allergies*

¿Su hijo tiene alergias conocidas a alimentos o medicamentos?     Sí *Yes*       No *No*  
*Does your child have known allergies to food or medication?*

En caso afirmativo, enumere *If yes, please list:*

### HISTORIA DE NACIMIENTO *BIRTH HISTORY*

Peso del niño al nacer *Child's weight at birth:* \_\_\_\_\_ lbs. lbs. \_\_\_\_\_ onz. oz.

¿Cuántas semanas de gestación? *How many weeks of gestation?* \_\_\_\_\_ semanas weeks

¿Qué tipo de parto tuviste? *What type of delivery did you have?*

- Parto vaginal *Vaginal delivery:*  normal/espontánea *normal/spontaneous*  
 Pitocina-inducida *Pitocin-induced*

Cesárea *Cesarean Section:*

Si es así, ¿se debió a *If so, was this due to*  repetir *repeat*  sufrimiento fetal *fetal distress*

¿Qué edad tenía la madre en el momento del parto? *Mother's age at delivery?* \_\_\_\_\_ años years

¿Qué número de embarazos fue este? *What number pregnancy was this?* \_\_\_\_\_

¿Qué número de entrega fue este? *What number delivery was this?* \_\_\_\_\_

¿Hubo algún problema médico materno durante el embarazo?  Sí Yes  No No

*Were there any maternal medical problems during the pregnancy?*

En caso afirmativo, ¿cuál fue/fueron el(los) problema(s)? *If yes, what was/ were the problem(s)?*

---

---

¿Se tomó algún medicamento durante el embarazo? *Were there any medications taken during the pregnancy?*  Sí  No

Si es así, ¿qué medicamento(s) y por qué? *If yes, what medication(s) and why?*

---

---

¿Estaba su hijo en la unidad neonatal de cuidados intensivos? *Was your child in the NICU?*  Sí Yes  No No

¿Si sí, por cuántos días y por qué? *If yes, for how long and why?* \_\_\_\_\_ Dias days

---

---

### HISTORIA DEL DESARROLLO *DEVELOPMENTAL HISTORY*

Indique la edad a la que su hijo *Please list age at which your child:*

Sentó *Sat up* \_\_\_\_\_ Caminó solo *Walked alone* \_\_\_\_\_

Empezó a balbucear *Started babbling* \_\_\_\_\_ Habló en palabras simples *Spoke in single words* \_\_\_\_\_

Habló en frases de 2 palabras *Spoke in 2-word phrases* \_\_\_\_\_ Habló en frases / oraciones de pocas palabras *Spoke in phrases/sentences* \_\_\_\_\_

Habla entendida por extraños *Speech understood by strangers* \_\_\_\_\_

Describe las interacciones entre compañeros (interacciones con niños de la misma edad que no son hermanos):

*Describe peer interactions (interactions with same age children who are not siblings):*

---

---

**Escuela y Servicios School & Services**

Nombre de la Escuela *Name of School* \_\_\_\_\_

Distrito Escolar *School District* \_\_\_\_\_

Grado *Grade* \_\_\_\_\_ Tipo y Tamaño del aula *Classroom Type & Size* \_\_\_\_\_

¿Se proporciona actualmente alguna de las siguientes terapias? *Are any of the following therapies being currently provided?*

- Terapia física *Physical therapy*                       Terapia del lenguaje *Speech therapy*  
 Terapia ocupacional *Occupational therapy*                       Aula de recursos *Resource room*  
 Asesoramiento *Counseling*                       Otro *Other*: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su hijo alguna vez evaluaciones tales como audiología, psicología o habla / lenguaje?  
*Has your child ever had any evaluations such as audiology, psychology, or speech/language?*     Sí *Yes*     No *No*

*Envíe una copia de cada evaluación por correo electrónico o fax. Please send a copy of each evaluation by email or fax.*

**HISTORIA DEL SUEÑO SLEEP HISTORY**

El niño generalmente se va a dormir a las *Child usually goes to sleep at* \_\_\_\_\_ PM

¿Se duerme su hijo de forma independiente? *Does your child fall asleep independently?*     Sí *Yes*     No *No*

¿Cuánto tiempo se tarda en conciliar el sueño? *How long does it take to fall asleep?* \_\_\_\_\_

¿Su hijo duerme toda la noche? *Does your child sleep through the night?*     Sí *Yes*     No *No*

Niño *Child*     se levanta *gets up*, O *OR*     se despierta a las *is wakened at* \_\_\_\_\_ AM

¿Su hijo ronco 2 o más veces a la semana? *Does your child snore – 2 or more times a week?*     Sí *Yes*     No *No*

¿Mantiene su hijo una hora estable para acostarse y despertarse los siete días de la semana?  
*Does your child maintain a stable bedtime and wake time seven days a week?*     Sí *Yes*     No *No*

¿Tiene alguna inquietud sobre el sueño de su hijo? *Do you have any concerns about your child's sleep?*     Sí     No

**MEDICAL HISTORY HISTORIAL MÉDICO**

¿Están actualizadas las vacunas de su hijo? *Are your child's immunizations up to date?*     Sí *Yes*     No *No*

Enumere todas y cada una de las operaciones, hospitalizaciones (incluidas las visitas a la sala de emergencias) y procedimientos que su hijo haya tenido: *Please list any/all operations, hospitalizations (including ER visits), and procedures:*

Donde <i>Where</i>	Cuando <i>When</i>	Por qué <i>Why</i>

¿Cuándo fue la última *When was your child's last*

¿Evaluación o examen de la vista de su hijo? *Vision screening or evaluation?* \_\_\_\_\_  
 Normal                       Otro *Other* \_\_\_\_\_

¿Examen de audición o evaluación? *Hearing, screening or evaluation?* \_\_\_\_\_  
 Normal                       Otro *Other* \_\_\_\_\_

¿Tuvo/tiene su hijo infecciones de oído frecuentes? *Did/does your child have frequent ear infections?*     Sí *Yes*     No *No*



¿Tu hijo tiene *Does your child have*

- |   |  |                                       |
|---|--|---------------------------------------|
| ¿Crecimiento deficiente? <i>Poor growth?</i>  | <input type="checkbox"/> Sí <i>Yes</i> | <input type="checkbox"/> No <i>No</i> |
| ¿Problema cardíaco? <i>Heart problem?</i>   | <input type="checkbox"/> Sí <i>Yes</i> | <input type="checkbox"/> No <i>No</i> |
| ¿Asma u otros problemas respiratorios? <i>Asthma or other respiratory problems?</i>               | <input type="checkbox"/> Sí <i>Yes</i> | <input type="checkbox"/> No <i>No</i> |
| ¿Problemas de estómago o intestinales? <i>Stomach or bowel problems?</i>                          | <input type="checkbox"/> Sí <i>Yes</i> | <input type="checkbox"/> No <i>No</i> |
| ¿Problemas de orina? <i>Urine problems?</i>   | <input type="checkbox"/> Sí <i>Yes</i> | <input type="checkbox"/> No <i>No</i> |
| ¿Debilidad motora o problemas de coordinación?<br><i>Motor weakness or coordination problems?</i> | <input type="checkbox"/> Sí <i>Yes</i> | <input type="checkbox"/> No <i>No</i> |
| ¿Dolores de cabeza? <i>Headaches?</i>   | <input type="checkbox"/> Sí <i>Yes</i> | <input type="checkbox"/> No <i>No</i> |
| ¿Convulsiones? <i>Seizures?</i>   | <input type="checkbox"/> Sí <i>Yes</i> | <input type="checkbox"/> No <i>No</i> |
| ¿Anemia u otra enfermedad de la sangre? <i>Anemia or other blood disease?</i>                     | <input type="checkbox"/> Sí <i>Yes</i> | <input type="checkbox"/> No <i>No</i> |

Si respondió 'Sí' a cualquiera de las preguntas anteriores, o si su hijo tiene algún otro problema de atención médica que no esté en la lista, explique:

*If you answered 'Yes' to any of questions above, or if your child has any other health care problem/s that are not listed, please explain:*

---



---

## HISTORIA FAMILIAR Y SOCIAL *FAMILY & SOCIAL HISTORY*

### Family Composition *Composición familiar*

¿Quién vive en casa? *Who lives at home?* \_\_\_\_\_

Grado más alto completado de la madre *Mother's highest grade completed* \_\_\_\_\_

Ocupación *Occupation* \_\_\_\_\_

Grado más alto completado del padre *Father's highest grade completed* \_\_\_\_\_

Ocupación *Occupation* \_\_\_\_\_

Enumere todos los demás hermanos y hermanas del niño *Please list all other brothers and sisters of child:*

Nombre <i>Name</i>	Edad <i>Age</i>	Género <i>Gender</i>
		<input type="checkbox"/> Masculino <i>M</i> <input type="checkbox"/> Mujer <i>F</i>
		<input type="checkbox"/> Masculino <i>M</i> <input type="checkbox"/> Mujer <i>F</i>
		<input type="checkbox"/> Masculino <i>M</i> <input type="checkbox"/> Mujer <i>F</i>
		<input type="checkbox"/> Masculino <i>M</i> <input type="checkbox"/> Mujer <i>F</i>
		<input type="checkbox"/> Masculino <i>M</i> <input type="checkbox"/> Mujer <i>F</i>

¿Algún otro miembro de la familia tiene problemas de atención, comportamiento, aprendizaje, uso del lenguaje, discapacidades del desarrollo, incluido el autismo, o murió de una afección cardíaca antes de los 50 años?  Sí *Yes*    No *No*

*Do any other members of the family have problems with attention, behavior, learning, using language, have developmental disabilities including autism, or died from a heart condition prior to the age of 50?*

En caso afirmativo, explique *If yes, please explain:* \_\_\_\_\_

---

**Solo para niños mayores de 4 años** *For children 4 years and older only:*

¿Diría que su hijo muestra los siguientes comportamientos? *Would you say that your child displays the following behaviors?*

1. Está “en movimiento” o “impulsado por un motor”  
*Is “on the go” or “driven by a motor”*  Sí Yes  No No
2. Tiene dificultad para participar en actividades tranquilas  
*Has difficulty engaging in quiet activities*  Sí Yes  No No
3. Se mueve o se retuerce  
*Fidgets or squirms*  Sí Yes  No No
4. Tiene dificultad para permanecer sentado  
*Has difficulty staying seated*  Sí Yes  No No
5. Inquietud *Restlessness*  Sí Yes  No No
6. Corre y de forma excesiva e inapropiada  
*Runs about and excessively and inappropriately*  Sí Yes  No No
7. Habla excesivamente *Talks excessively*  Sí Yes  No No
8. Brinda respuestas antes de que se completen las preguntas  
*Blurts out answers before questions completed*  Sí Yes  No No
9. Tiene dificultad para esperar su turno  
*Has difficulty awaiting his or her turn*  Sí Yes  No No
10. Interrumpe o se entromete en otros  
*Interrupts or intrudes on others*  Sí Yes  No No
11. Evita tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido  
*Avoids tasks which require sustained mental effort*  Sí Yes  No No
12. Tiene dificultad para organizar tareas y actividades  
*Has difficulty organizing tasks and activities*  Sí Yes  No No
13. Tiene dificultad para mantener la atención  
*Has difficulty sustaining attention*  Sí Yes  No No
14. No parece escuchar *Does not seem to listen*  Sí Yes  No No
15. Se distrae con facilidad *Is easily distracted*  Sí Yes  No No
16. Es olvidadizo en las actividades diarias *Is forgetful in daily activities*  Sí Yes  No No
17. Pierde artículos necesarios como libros y materiales escolares  
*Loses necessary items such as school books and materials*  Sí Yes  No No
18. Tiene dificultad para seguir las instrucciones de otros  
*Has difficulty following through on instructions from others*  Sí Yes  No No