

WACB – N

(Evaluación Semanal del Comportamiento de Niños – N)

Admin Use Only: Check if administered by therapist Session # _____

Su Nombre _____ Parentesco con el Niño _____ Fecha de hoy ___/___/___

Nombre del Niño _____ Sexo del Niño _____ Edad del Niño _____

Instrucciones: Este formulario contiene 9 oraciones que describen el comportamiento de los niños. Para cada oración:

- a) Por favor marque el número que muestra **la frecuencia** con que su hijo se comporta de esa manera.
- b) Marque **“si” o “no”** para indicar si quisiera ver ese comportamiento cambiar.

Por ejemplo: Si su hijo raramente llora a la hora de dormir (una o dos veces), talvez elegiría 2 y seleccionaría “NO.”

¿Con que frecuencia su hijo...	Nunca	A veces					Siempre	¿Cambie?	
1. Lloro a la hora de dormir?	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

PASO 1:										
En la semana pasada...	Nada			Algo			Muy		¿Esto necesita cambiar?	
¿Qué tan estresante fue criar a este niño/a?	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO	

PASO 2:										
¿Con qué frecuencia su hijo...	Nunca			A veces			Siempre		¿Esto necesita cambiar?	
1. Pierde el tiempo y se tarda?	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO	
2. Tiene problemas para comportarse en la hora de comer?	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO	
3. Desobedece o se porta desafiante?	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO	
4. Actué enojado o agresivo/a?	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO	
5. Grita o chilla cuando se enoja; tiene dificultades para calmarse?	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO	
6. Destruye/ es descuidado con las cosas de otros.	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO	

7. Provoca/pelea físicamente?	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO	
8. Interrumpe/busca atención?	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO	
9. Demasiado activo/tiene dificultad para prestar atención?	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO	
								Puntuaje Total (SOLO articulos 1 a 9)	/63	/9 (1 por SI)