

WACB – N

(Evaluación Semanal del Comportamiento de Niños – N)

Admin Use Only:	Check if administered by therapist <input type="checkbox"/>	Session # _____
-----------------	---	-----------------

Nombre de Evaluador _____ Parentesco con el Niño _____ Fecha ___/___/___

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

Instrucciones

Este formulario contiene 9 frases que describen el comportamiento de los niños. Para cada frase:

- a) Por favor circule el número que muestra la frecuencia con que su hijo se comporta de esa manera.
- b) Circule “sí” 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 elijaría 2 y circularía “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 YES **NO**

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. Actúa enojado o agresivo?	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)

