

WACB – P

(Evaluación Semanal del Comportamiento de Niños – P)

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.

Ejemplo

Por favor complete todo el formulario circulando un número por frase. Si desea cambiar su respuesta, por favor **no borre**. En cambio, tache la respuesta y circule el número correcto. Ejemplo:

¿Con qué frecuencia su hijo...	Nunca	1	2	3	4	5	6	7	Siempre	¿Cambie?	SI	NO
1. Se comporta bien en el supermercado?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

PASO 1:									
En la semana pasada...	Nunca		A veces			Siempre		¿Esto necesita cambiar?	
¿Que tan estresante fue criar a este niño/a?	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
Indique la respuesta aqui									

PASO 2:									
¿Con qué frecuencia su hijo...	Nunca		A veces			Siempre		¿Esto necesita cambiar?	
1. Hace las cosas de inmediato cuando su les pregunta?	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
2. Se comporta bien en las comidas?	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
3. Obedece o cumple?	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
4. Se comporta con calma y tranquilidad?	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
5. Le dice cuando está molesto; y se puede calmar por si mismo/a?	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO
6. Juega muy bien con los juguetes y cuidadosamente con las cosas de los demás?	1	2	3	4	5	6	7	SI	NO

