



KIDSCREEN-10 Index

Cuestionario de salud y bienestar para
muchachos y muchachas de 8 a 18 años.

Versión para padres.

Fecha: _____

Día / Mes / Año

Estimados padres/madres:

¿ Cómo está su hijo(a)? ¿Cómo se siente él(ella)? Esto es lo que nos gustaría saber sobre él(ella).

Por favor, responda las siguientes preguntas de la mejor manera, asegurándose que sus respuestas reflejen cómo ven a su hijo(a). Cuando piense en la respuesta, por favor trate de recordar las experiencias de su hijo(a) durante la semana pasada, es decir, los últimos siete días.

Acerca de la salud de su hijo(a)

Piensa en la última semana...

1.	¿Su hijo(a) se ha sentido bien y en buenas condiciones?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
2.	¿Su hijo(a) se ha sentido lleno(a) de energía?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
3.	¿Su hijo(a) se ha sentido triste?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
4.	¿Su hijo(a) se ha sentido solo(a)?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
5.	¿Su hijo(a) ha tenido suficiente tiempo para sí mismo(a)?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
6.	¿Su hijo(a) ha podido hacer lo que quería en su tiempo libre?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
7.	¿Su hijo(a) ha sentido que sus padres lo han tratado de forma justa?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
8.	¿Su hijo(a) se ha divertido con sus amigos(as)?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
9.	¿A su hijo(a) le ha ido bien en la escuela o colegio?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
10.	¿Su hijo(a) ha podido prestar atención en clases?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

En general, ¿cómo consideraría su hijo(a) que es su salud?

- ☐ Excelente
- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Mala