

How was the PRO administered? Individual completed independently Caregiver completed
 Clinician interviewed individual Clinician interviewed caregiver

NOMS Admission Patient-Reported Outcome (PRO) Form
Comunicación pediátrica
Edad: 3-17 años

Instrucciones para el formulario de comunicación pediátrica: Por favor díganos con cuánta frecuencia ocurre lo siguiente.					
Fuente: Asociación Americana del Habla, Lenguaje y Audición (2019). Comunicación pediátrica [medida de resultados comunicados por el paciente].					
	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
Mi hijo/a tiene problemas para contarle a su familia o amistades sobre su día, los libros que ha leído o los programas de televisión o las películas que ha visto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a tiene problemas para seguir instrucciones al realizar las tareas escolares o las actividades propias de su edad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a necesita concentrarse cuando habla con los demás.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a tiene problemas para entender lo que se le dice.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las amistades y la familia tienen dificultades para entender a mi hijo/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los extraños tienen dificultades para entender a mi hijo/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a tiene que repetir lo que dice para que le entiendan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a evita hablar con los demás debido a sus problemas de habla o lenguaje.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a se siente excluido/a de conversaciones o actividades debido a sus problemas de habla o lenguaje.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A mi hijo/a le cuesta hacer nuevas amistades debido a sus problemas de habla o lenguaje.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Clinician Name: _____ Patient Name: _____ Facility: _____

How was the PRO administered? Individual completed independently Caregiver completed
 Clinician interviewed individual Clinician interviewed caregiver

NOMS Discharge Patient-Reported Outcome (PRO) Form & Satisfaction Survey

Comunicación pediátrica

Edad: 3-17 años

Instrucciones para el formulario de comunicación pediátrica: Por favor díganos con cuánta frecuencia ocurre lo siguiente.					
Fuente: Asociación Americana del Habla, Lenguaje y Audición (2019). Comunicación pediátrica [medida de resultados comunicados por el paciente].					
	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
Mi hijo/a tiene problemas para contarle a su familia o amistades sobre su día, los libros que ha leído o los programas de televisión o las películas que ha visto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a tiene problemas para seguir instrucciones al realizar las tareas escolares o las actividades propias de su edad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a necesita concentrarse cuando habla con los demás.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a tiene problemas para entender lo que se le dice.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las amistades y la familia tienen dificultades para entender a mi hijo/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los extraños tienen dificultades para entender a mi hijo/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a tiene que repetir lo que dice para que le entiendan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a evita hablar con los demás debido a sus problemas de habla o lenguaje.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a se siente excluido/a de conversaciones o actividades debido a sus problemas de habla o lenguaje.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A mi hijo/a le cuesta hacer nuevas amistades debido a sus problemas de habla o lenguaje.					

Clinician Name: _____ Patient Name: _____ Facility: _____

How was the PRO administered? Individual completed independently Caregiver completed
 Clinician interviewed individual Clinician interviewed caregiver

NOMS Discharge Patient-Reported Outcome (PRO) Form (continued)

Encuesta de satisfacción de NOMS

Instrucciones: Por favor díganos lo que piensa acerca de las habilidades de comunicación de su hijo/a.					
Fuente: Asociación Americana del Habla, Lenguaje y Audición (2019). Encuesta de satisfacción del Sistema Nacional de Medición de Resultados (NOMS).					
	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Participé en la planificación y aplicación del tratamiento de mi hijo/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gracias a los servicios de patología del habla y el lenguaje, comprendo mejor el problema de comunicación de mi hijo/a y sé cómo ayudarlo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creo que las habilidades de comunicación de mi hijo/a han mejorado gracias a los servicios de patología del habla y el lenguaje.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creo que mi hijo/a posee las habilidades de comunicación necesarias para participar en actividades escolares, laborales o sociales gracias a los servicios de patología del habla y el lenguaje.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Clinician Name: _____ Patient Name: _____ Facility: _____