

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

NOMS Admission Patient-Reported Outcome (PRO) Form
Función Cognitiva – Cuestionario Abreviado Para Niños
Edad: 8-17

Instrucciones: Responde a cada pregunta o enunciado marcando una casilla por línea.

Fuente: Lai, J-S., Nowinski, C., et al. (2012). Quality-of-life measures in children with neurological conditions: pediatric Neuro-QOL. *Neurorehabilitation & Neural Repair*, 26(1), 36-47.

	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
Me olvido de las tareas escolares que tengo que hacer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Algunas veces me olvido de lo que iba a decir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reacciono más despacio que la mayoría de las personas de mi edad cuando participo en juegos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olvido las cosas con facilidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo problemas para acordarme de hacer las cosas (por ejemplo, proyectos escolares).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me resulta difícil concentrarme en la escuela.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo problemas para prestar atención a los maestros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo que hacer mucho esfuerzo para prestar atención, de lo contrario cometeré un error.	<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
Función Cognitiva – Cuestionario Abreviado Para Niños
Edad: 8-17

Instrucciones: Responde a cada pregunta o enunciado marcando una casilla por línea.

Fuente: Lai, J-S., Nowinski, C., et al. (2012). Quality-of-life measures in children with neurological conditions: pediatric Neuro-QOL. *Neurorehabilitation & Neural Repair*, 26(1), 36-47.

	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
Me olvido de las tareas escolares que tengo que hacer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Algunas veces me olvido de lo que iba a decir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reacciono más despacio que la mayoría de las personas de mi edad cuando participo en juegos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olvido las cosas con facilidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo problemas para acordarme de hacer las cosas (por ejemplo, proyectos escolares).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me resulta difícil concentrarme en la escuela.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo problemas para prestar atención a los maestros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo que hacer mucho esfuerzo para prestar atención, de lo contrario cometeré un error.	<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 (continued)

Encuesta de satisfacción de NOMS

Instrucciones: Por favor díganos lo que piensa acerca de la función cognitiva 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 cognitivo de mi hijo/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creo que las capacidades cognitivas 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 capacidades cognitivas 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: _____