



SWYC: 2 meses

1 mes, 0 días to 3 meses, 31 días
V1.02, 3/31/15

Nombre del Niño/a:

Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año):

Fecha de Hoy:

Pautas Madurativas

Las siguientes preguntas son acerca del desarrollo de su niño/a. Por favor indique qué tanto su niño/a hace cada una de estas cosas. Si él o ella ya no lo hace, elija la respuesta que describe qué tanto solía hacerlo antes. Por favor asegúrese de contestar TODAS las preguntas.

	Todavía No	Un Poco	Mucho
Hace sonidos que le permite saber a usted que él/ella esta feliz o molesto	0	1	2
Parece feliz al verlo/a	0	1	2
Sigue con la mirada un juguete en movimiento	0	1	2
Mueve la cabeza para buscar a la persona que está hablando	0	1	2
Mantiene la cabeza firme mientras usted lo levanta	0	1	2
Junta las manos	0	1	2
Se ríe	0	1	2
Sostiene la cabeza cuando usted lo sienta	0	1	2
Hace sonidos como "ga," "ma," o "ba"	0	1	2
Lo mira cuando usted dice su nombre	0	1	2

Lista de Síntomas Pediátricos para Bebés

Estas preguntas son acerca del comportamiento de su niño/a. Piense en otros niños/as de la misma edad y díganos que tanto estos comportamientos describen a su niño/a.

	Nunca	Un Poco	Mucho
¿Su niño/a tiene dificultad al estar con personas desconocidas?	0	1	2
¿Su niño/a tiene dificultad al estar en lugares nuevos?	0	1	2
¿Su niño/a tiene dificultad con los cambios?	0	1	2
¿A su niño/a le molesta que lo carguen otras personas?	0	1	2
¿Su niño/a llora mucho?	0	1	2
¿Su niño/a tiene dificultad para calmarse?	0	1	2
¿Su niño/a se enoja o se irrita fácilmente?	0	1	2
¿Su niño/a es difícil de consolar?	0	1	2
¿Es difícil mantener a su niño/a en un horario o una rutina establecida?	0	1	2
¿Es difícil poner a su niño/a a dormir?	0	1	2
¿Es difícil para usted dormir lo suficiente debido a su niño/a?	0	1	2
¿Su niño/a tiene dificultad para mantenerse dormido?	0	1	2

***** **Por favor continúe en la parte de atrás** *****

Preocupaciones de los Padres

	Ninguna	Alguna	Mucha
¿Tiene usted alguna preocupación acerca del aprendizaje o desarrollo de su niño/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Tiene usted alguna preocupación acerca del comportamiento de su niño/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Preguntas sobre la Familia

Debido a que miembros de su familia pueden tener un gran impacto en el desarrollo de su niño(a), por favor responda las siguientes preguntas sobre su familia:

	Sí	No
1 ¿Alguna persona fuma tabaco en la casa?	<input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N
2 ¿Durante el último año, ha usted consumido bebidas alcohólicas o usado drogas más de lo que hubiera deseado?	<input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N
3 ¿Ha sentido usted el deseo o necesidad de consumir menos alcohol o drogas durante el último año?	<input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N
4 ¿Han tenido las drogas o el consumo de alcohol por parte de algún miembro de la familia algún efecto negativo en su niño/a?	<input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N
5 ¿Durante este último mes, hubo algún día en donde usted o algún miembro de su familia paso hambre porque no había dinero suficiente para comprar comida?	<input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
6 ¿Tener poco interés o placer en hacer las cosas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 ¿Sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanza?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 En general, ¿cómo describiría usted su relación con su esposo/a o su pareja?	No hay tensión <input type="radio"/>	Alguna tensión <input type="radio"/>	Mucha tensión <input type="radio"/>	No aplica <input type="radio"/>
9 Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:	Sin dificultad <input type="radio"/>	Alguna dificultad <input type="radio"/>	Mucha dificultad <input type="radio"/>	No aplica <input type="radio"/>