



SWYC: 24 meses

23 meses, 0 días a 28 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 |
|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Nombra por lo menos 5 partes del cuerpo – por ejemplo nariz, mano, o boca | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |
| Sube escaleras en el parque de juegos | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |
| Usa palabras como “yo” o “mío” | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |
| Salta en el suelo con los dos pies | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |
| Junta 2 o más palabras – como “más agua” o “quiero leche” | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |
| Usa palabras para pedir ayuda | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |
| Nombra por lo menos un color | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |
| Intenta hacer que usted lo mire diciendo “Mírame” | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |
| Dice su nombre cuando se lo preguntan | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |
| Dibuja líneas | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |

Lista de Síntomas Pediátricos para Niños en Preescolar

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... | | | |
| parece nervioso o asustado? | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |
| parece triste o infeliz? | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |
| se molesta si las cosas no se hacen de cierta forma? | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |
| tiene dificultad con los cambios? | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |
| tiene dificultad al jugar con otros niños? | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |
| rompe cosas a propósito? | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |
| pelea con otros niños? | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |
| tiene dificultad para prestar atención? | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |
| tiene dificultad para calmarse? | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |
| tiene dificultad para mantenerse en una sola actividad? | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |
| es agresivo? | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |
| es inquieto o tiene dificultad para mantenerse sentado? | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |
| se enoja con facilidad? | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |
| ¿Es difícil... | | | |
| llevar a su niño/a a lugares públicos? | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |
| consolar a su niño/a? | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |
| saber qué necesita su niño/a? | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |
| mantener a su niño/a en un horario o rutina establecida? | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |
| hacer que su niño/a le obedezca? | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 |

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

Observaciones de los Padres Acerca de las Interacciones Sociales

| | | | | | |
|---|---|---|---|--|--|
| ¿Su niño/a le trae cosas para mostrárselas a usted? | Muchas veces al día <input type="radio"/> | Algunas veces al día <input type="radio"/> | Algunas veces a la semana <input type="radio"/> | Menos de una vez a la semana <input type="radio"/> | Nunca <input type="radio"/> |
| ¿Su niño/a tiene interés en jugar con otros niños/as? | Siempre <input type="radio"/> | Usualmente <input type="radio"/> | Algunas Veces <input type="radio"/> | Rara Vez <input type="radio"/> | Poco <input type="radio"/> |
| ¿Cuándo usted dice una palabra o saluda con la mano, su niño/a trata por su nombre? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Si usted apunta o señala algo al otro lado del cuarto, su niño/a lo mira? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| En general, ¿cómo le demuestra su niño/a que quiere algo? | Dice una palabra para describir lo que quiere <input type="checkbox"/> | Apunta con un dedo <input type="checkbox"/> | Trata de alcanzarlo <input type="checkbox"/> | Me hala o pone mi mano sobre el objeto <input type="checkbox"/> | Gruñe, llora, o grita <input type="checkbox"/> |
| (Por favor marque todo lo que corresponda) | | | | | |
| ¿Cuáles son los juegos favoritos de su niño/a? | Jugar con muñecas o peluches <input type="checkbox"/> | Leer libros con usted <input type="checkbox"/> | Trepar, correr y estar activo <input type="checkbox"/> | Acomodar juguetes u otras cosas en línea <input type="checkbox"/> | Ver cosas que giran y dan vueltas, por ejemplo ventiladores o ruedas <input type="checkbox"/> |
| (Por favor marque todo lo que corresponda) | | | | | |

Preocupaciones de los Padres

| | | | |
|--|----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| ¿Tiene usted alguna preocupación acerca del aprendizaje o desarrollo de su niño/a? | Ninguna <input type="radio"/> | Alguna <input type="radio"/> | Mucha <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 <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> | |
| 1 | ¿Alguna persona fuma tabaco en la casa? | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| 2 | ¿Durante el último año, ha usted consumido bebidas alcohólicas o usado drogas más de lo que hubiera deseado? | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| 3 | ¿Ha sentido usted el deseo o necesidad de consumir menos alcohol o drogas durante el último año? | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| 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"/> | <input type="radio"/> | |
| 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"/> | <input type="radio"/> | |
| | 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"/> |