

General

- | | | |
|---|----|----|
| 1. Haga una lista de las inquietudes que desea discutir hoy: | | |
| 2. ¿Pase el bebé cualquier tiempo 'de pantalla' (teléfono, tableta, la TV)? | No | Sí |

Nutrición

- | | | |
|--|----|----|
| 3. ¿Tome el niño cuantas tazas de leche al día? | | |
| 4. ¿Come el niño 5 o más porciones de frutas y verduras al día? | Sí | No |
| 5. ¿Come el niño comida chatarra más de 2-3 veces por semana? (Ejemplos: dulces, papitas, galletas, cereal dulce, comida de la calle.) | No | Sí |
| 6. ¿Toma el niño jugo u otras bebidas azucaradas? | No | Sí |
| 7. ¿Aún toma el niño del biberón? | No | Sí |
| 8. ¿Tiene el niño algún problema para defecar (hacer popó)? | No | Sí |

Higiene bucal

- | | | |
|---|----|----|
| 9. ¿Ha comenzado su hijo a ver a un dentista? (Si es así, pase a la siguiente sección). | Sí | No |
|---|----|----|

Si no...

- | | | | |
|---|----|----|-----------------|
| a. ¿Hay personas en la casa con caries dental en el último año? | No | Sí | |
| b. ¿Bebe su hijo algo que no sea agua de una taza continuamente y / o merienda con frecuencia durante el día? | No | Sí | |
| c. ¿Contiene flúor el agua o toma el niño un suplemento de fluoruro? | Sí | No | No estoy seguro |
| d. ¿Le cepilla los dientes a su hijo con una pasta de dientes que contenga flúor (del tamaño de un grano de arroz) dos veces al día? | Sí | No | |

Plomo

- | | | |
|---|----|----|
| 10. ¿Está normalmente el niño en una casa construida antes de 1978? | No | Sí |
| 11. ¿Tiene el niño un hermano(a), o compañerito que alguna vez sufrió por envenenamiento por plomo? | No | Sí |

Verificación de seguridad	<i>Marque todo lo que corresponda.</i>	Cierto	Tengo preguntas
12. Mi niño viaja en un asiento de seguridad que mira hacia atrás, en el asiento trasero.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Tenemos detectores de humo/monóxido de carbono que funcionan en casa.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Aplicamos protector solar si estamos expuestos al sol por más de 15-30 minutos.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. El colchón de la cuna se ajusta a la posición más baja.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Mi niño no puede llegar a una ventana por la que podría caerse (las mallas de las ventanas no previenen las caídas).		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Nuestros limpiadores de casa, químicos, cuchillos y medicinas están bajo llave o fuera de su alcance.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Hay una valla con una puerta de seguridad que impide que nuestro hijo acceda a la alberca/lago/río cerca de nuestra casa (o no hay alberca, lago o río cerca).		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Nuestra arma está bajo llave, con las municiones separadas (o no tenemos arma).		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Tenemos cerco de seguridad en los escalones (o no tenemos escalones en la casa).		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Survey of Well-being in Young Children (SWYC) V1.08, 9/1/19 ©2010, Tufts Medical Center, Inc.

SWYC

Encuesta de Bienestar en Niños Pequeños

18 meses válida de 18m 0d – 22m 31d

Pautas madurativas

Estas preguntas son acerca del desarrollo de su niño/a. Cuando nosotros decimos desarrollo nos referimos a cosas como gatear, caminar, jugar y hablar. Nosotros queremos tener una idea de que tan frecuente su niño/a hace cada una de estas cosas. Para cada pregunta, díganos si su niño/a todavía no lo hace, lo hace algunas veces o si él/ella lo hace mucho.

		Todavía no	Algunas veces	Mucho
21.	<i>Corre</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	<i>Sube escaleras caminando con ayuda</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	<i>Patea una pelota</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	<i>Nombra por lo menos 5 objetos familiares – por ejemplo pelota o leche</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Todavía no	Algunas veces	Mucho
25.	<i>Nombra por lo menos 5 partes del cuerpo – por ejemplo nariz, mano, o boca</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	<i>Sube escaleras en el parque de juegos</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	<i>Usa palabras como “yo” o “mío”</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	<i>Salta en el suelo con los dos pies</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	<i>Junta 2 o más palabras – por ejemplo “más agua” o “quiero leche”</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	<i>Usa palabras para pedir ayuda</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PPSC — Lista de Síntomas de Niños Preescolares

Igual

Un poco más

Mucho más

Algunas veces todos los niños pueden ser muy activos, disgustarse o tener problemas interactuando con otras personas. Comparado a la mayoría de los niños/as de esta edad, usted diría que su niño hace estas cosas igual, un poco más o mucho más que los otros niños de su misma edad.

¿Su niño/a...		Igual	Un poco más	Mucho más
	31. ¿Parece nervioso o asustado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	32. ¿Parece triste o infeliz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	33. ¿Se molesta si las cosas no se hacen de cierta manera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	34. ¿Tiene dificultad con los cambios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	35. ¿Tiene dificultad al jugar con otros niños?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	36. ¿Rompe cosas a propósito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	37. ¿Pelea con otros niños?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	38. ¿Tiene dificultad para prestar atención?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	39. ¿Tiene dificultad para calmarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	40. ¿Se le dificulta mantenerse en una sola actividad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	41. ¿Es agresivo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	42. ¿Es inquieto o tiene dificultad para permanecer sentado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	43. ¿Se enoja con facilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PPSC — Lista de Síntomas de Niños Preescolares		Igual	Un poco más	Mucho más		
¿Es difícil...	44. ¿Llevar a su niño/a a lugares públicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	45. ¿Consolar a su niño/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	46. ¿Saber qué necesita su niño/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	47. ¿Mantener a su niño/a en un horario o una rutina establecida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	48. ¿Hacer que su niño/a le obedezca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
POSI — Observaciones de los Padres Acerca de las Interacciones Sociales		Muchas veces al día	Algunas veces al día	Algunas veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca
	49. ¿Su niño/a le trae cosas para mostrárselas a usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Siempre	Usualmente	Algunas veces	Rara vez	Nunca
	50. ¿Su niño/a tiene interés en jugar con otros niños/as?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	51. ¿Cuándo usted dice una palabra o saluda con la mano, su niño/a trata de imitarlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	52. ¿Su niño/a lo mira cuando lo llama por su nombre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	53. ¿Si usted apunta o señala algo al otro lado del cuarto, su niño/a lo mira?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	54. En general, ¿cómo le demuestra su niño/a que quiere algo? (Por favor marque todo lo que corresponda)	Dice una palabra para describir lo que quiere	Apunta con un dedo	Trata de alcanzarlo	Me hala o pone mi mano sobre el objeto	Gruñe, llora, o grita
	55. ¿Cuáles son los juegos favoritos de su niño/a? (Por favor marque todo lo que corresponda)	Jugar con muñecas o peluches	Leer libros con usted	Trepar, correr y estar activo	Acomodar juguetes u otras cosas en línea	Ver cosas que giran y dan vueltas, por ejemplo ventiladores o ruedas
Preocupaciones de los padres		Ninguna	Alguna	Mucha		
	56. ¿Tiene usted alguna preocupación acerca del aprendizaje o desarrollo de su niño/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	57. ¿Tiene usted alguna preocupación acerca del comportamiento de su niño/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Preguntas sobre la familia

No

Sí

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:

58. ¿Hay alguien que vive con su niño que fuma tabaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
59. ¿Durante el último año, ha usted consumido bebidas alcohólicas o usado drogas más de lo que hubiera deseado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
60. ¿Ha sentido usted el deseo o necesidad de consumer menos alcohol o Drogas durante el último año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
61. ¿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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	Nunca	A veces	Frecuente-mente					
62. Durante los últimos 12 meses, nos preocupamos que nuestra comida se acabara antes de que tuviéramos dinero para comprar más.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<i>Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?</i>	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días				
63. ¿Tener poco interés o placer en hacer las cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
64. ¿Sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	No hay tensión	Alguna tensión	Mucha tensión	No aplica				
65. En general, ¿cómo describiría usted su relación con su esposo/a o su pareja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Sin dificultad	Alguna dificultad	Mucha dificultad	No aplica				
66. Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
67. Durante la última semana, ¿cuantos días usted u otros miembros de la familia le leyeron a su niño?	0	1	2	3	4	5	6	7