

### General

1. Haga una lista de las inquietudes que desea discutir hoy:

2. ¿Pasa el niño más de 1 hora 'de pantalla' al día (teléfono, tableta, la TV)? No Sí

3. ¿Tiene el niño acceso a una pantalla desde la recámara? No Sí

4. ¿Juega el niño activamente al menos una hora cada día? (Por ejemplo, correr con amigos, esconder y buscar, manejar bicicleta) Sí No

5. ¿Duerme el niño a lo largo de toda la noche? Sí No

6. ¿Ronca el niño un poco más de lo esperado? No Sí

### Nutrición

7. ¿Tome el niño cuantas tazas de leche al día?

8. ¿Come el niño 5 o más porciones de frutas y verduras al día? Sí No

9. ¿Come el niño comida chatarra más de 2-3 veces por semana? (Ejemplos: dulces, papitas, galletas, cereal dulce, comida de la calle.) No Sí

10. ¿Toma el niño jugo u otras bebidas azucaradas más de 1-2 veces por semana? No Sí

11. ¿Aún toma el niño del biberón? No Sí

12. ¿Tiene el niño algún problema para defecar (hacer popó)? No Sí

### Higiene bucal

13. ¿Su hijo va al dentista al menos dos veces al año? (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**

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 14. ¿Está normalmente el niño en una casa construida antes de 1978?                                 | No | Sí |
| 15. ¿Tiene el niño un hermano(a), o compañerito que alguna vez sufrió por envenenamiento por plomo? | No | Sí |

**Tuberculosis**

- |  |    |    |                 |
|--|----|----|-----------------|
| 16. ¿Está su niño en riesgo de infección con tuberculosis? (Incluye niños nacidos en África, Asia, América Latina o Europa del este; niños que se han quedado con la familia en uno de esos lugares durante más de una semana, o si estuvieron expuestos a alguien con tuberculosis activa). | No | Sí | No estoy seguro |
|--|----|----|-----------------|

**Verificación de seguridad***Marque todo lo que corresponda.***Cierto****Tengo preguntas**

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 17. Mi niño viaja en un asiento de seguridad de arnés de 5 puntos.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Mi niño usa un casco cuando anda en su triciclo o bicicleta.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. El colchón de la cuna se ajusta a la posición más baja.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Aplicamos protector solar si estamos expuestos al sol por más de 15-30 minutos.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. 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"/> |
| 22. Nuestra arma está bajo llave, con las municiones separadas (o no tenemos arma).  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**SWYC**

Encuesta de Bienestar en Niños Pequeños

**30 meses** válida de 23m 0d – 28m 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.*

*Adapted from SWYC, 30 months*

- |     |  | <b>Todavía no</b>        | <b>Algunas veces</b>     | <b>Mucho</b>             |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 23. | <i>Nombra por lo menos un color</i>                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. | <i>Intenta hacer que usted lo mire diciendo "Mírame"</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

		Todavía no	Algunas veces	Mucho
25.	<i>Dice su nombre cuando se lo preguntan</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	<i>Dibuja líneas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	<i>Cuando él o ella habla, los demás lo entienden la mayoría del tiempo</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	<i>Se lava y se seca las manos sin ayuda (incluso si usted abre el agua)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	<i>Hace preguntas que empiezan con "por qué" o "cómo" – por ejemplo "¿Por qué no galleta?"</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	<i>Explica el por qué de las cosas, por ejemplo, necesitar un abrigo cuando hace frío</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	<i>Compara cosas usando palabras como "más grande" o "más corto"</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	<i>Contesta preguntas como "¿Qué haces cuando tienes frío?" o "¿...cuando tienes sueño?"</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.*

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

PPSC — Lista de Síntomas de Niños Preescolares		Igual	Un poco más	Mucho más		
	43. ¿Es agresivo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	44. ¿Es inquieto o tiene dificultad para permanecer sentado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	45. ¿Se enoja con facilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>¿Es difícil...</b>	46. ¿Llevar a su niño/a a lugares públicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	47. ¿Consolar a su niño/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	48. ¿Saber qué necesita su niño/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	49. ¿Mantener a su niño/a en un horario o una rutina establecida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	50. ¿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
	51. ¿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"/>
	52. ¿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"/>
	53. ¿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"/>
	54. ¿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"/>
	55. ¿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"/>
	56. 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
	57. ¿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					
58.	¿Tiene usted alguna preocupación acerca del aprendizaje o desarrollo de su niño/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
59.	¿Tiene usted alguna preocupación acerca del comportamiento de su niño/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<b>Preguntas sobre la familia</b>		<b>No</b>		<b>Sí</b>					
<i>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:</i>									
60.	¿Hay alguien que vive con su niño que fuma tabaco?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
61.	¿Durante el último año, ha usted consumido bebidas alcohólicas o usado Drogas más de lo que hubiera deseado?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
62.	¿Ha sentido usted el deseo o necesidad de consumer menos alcohol o Drogas durante el último año?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
63.	¿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"/>					
		<b>Nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Frecuentemente</b>					
64.	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>		<b>Nunca</b>	<b>Varios días</b>	<b>Más de la mitad de los días</b>	<b>Casi todos los días</b>				
65.	¿Tener poco interés o placer en hacer las cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
66.	¿Sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<b>No hay tensión</b>	<b>Alguna tensión</b>	<b>Mucha tensión</b>	<b>No aplica</b>				
67.	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"/>				
		<b>Sin dificultad</b>	<b>Alguna dificultad</b>	<b>Mucha dificultad</b>	<b>No aplica</b>				
68.	Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
69.	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