

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. ¿Juegas con tu hijo todos los días?	Sí	No
5. ¿Juega el niño activamente al menos una hora cada día? (Por ejemplo, correr con amigos, esconder y buscar, manejar bicicleta)	Sí	No
6. ¿Duerme el niño a lo largo de toda la noche?	Sí	No
7. ¿Ronca el niño un poco más de lo esperado?	No	Sí

Nutrición

8. ¿Tome el niño cuantas tazas de leche al día?		
9. ¿Come el niño 5 o más porciones de frutas y verduras al día?	Sí	No
10. ¿Come el niño comida chatarra más de 2-3 veces por semana? (Ejemplos: dulces, papitas, galletas, cereal dulce, comida de la calle.)	No	Sí
11. ¿Toma el niño jugo u otras bebidas azucaradas más de 1–2 veces por semana?	No	Sí
12. ¿Aún toma el niño del biberón?	No	Sí
13. ¿Tiene el niño algún problema para defecar (hacer popó)?	No	Sí

Higiene bucal

14. ¿Ha comenzado su hijo a ver a un dentista? (Si es así, pase a la siguiente sección).	Sí	No
<i>Si no...</i>		
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

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

Tuberculosis

17. ¿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.

Verificación de seguridad	Cierto	Tengo preguntas
18. Mi niño viaja en un asiento de seguridad de arnés de 5 puntos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Mi niño usa un casco cuando anda en su triciclo o bicicleta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. El colchón de la cuna se ajusta a la posición más baja.	<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

24 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, 24 months

		Todavía no	Algunas veces	Mucho
23.	Nombra por lo menos 5 partes del cuerpo – por ejemplo nariz, mano, o boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Sube escaleras en el parque de juegos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Usa palabras como “yo” o “mío”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Salta en el suelo con los dos pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Junta 2 o más palabras – por ejemplo “más agua” o “quiero leche”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Usa palabras para pedir ayuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Nombra por lo menos un color	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	Intenta hacer que usted lo mire diciendo “Mírame”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	Dice su nombre cuando se lo preguntan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	Dibuja líneas	<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...	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"/>

PPSC — Lista de Síntomas de Niños Preescolares	Igual	Un poco más	Mucho más
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"/>
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"/>
¿Es difícil...			
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"/>

Continue abajo

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"/>	
	Siempre	Usualmente	Algunas veces	Rara vez	Nunca	
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? <i>(Por favor marque todo lo que corresponda)</i>	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? <i>(Por favor marque todo lo que corresponda)</i>	Jugar con muñecas o peluches	Leer libros con usted	Tregar, 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"/>

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:

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"/>						
	Nunca	A veces	Frecuente-mente					
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>	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días				
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"/>				
	No hay tensión	Alguna tensión	Mucha tensión	No aplica				
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"/>				
	Sin dificultad	Alguna dificultad	Mucha dificultad	No aplica				
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