

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. | ¿Su hijo duerme de 10 a 13 horas al día (en la noche y siestas)? | Sí | No |
| 6. | ¿Le lee al niño la mayoría de los días? | Sí | No |

Nutrición

- | | | | |
|-----|---|----|----|
| 7. | ¿Come el niño 5 o más porciones de frutas y verduras al día? | Sí | No |
| 8. | ¿Come el niño comida chatarra más de 2-3 veces por semana? (Ejemplos: dulces, papitas, galletas, cereal dulce, comida de la calle.) | No | Sí |
| 9. | ¿Toma el niño jugo u otras bebidas azucaradas más de 1-2 veces por semana? | No | Sí |
| 10. | ¿Le preocupa el peso corporal del niño? | No | Sí |
| 11. | ¿Defeca regularmente el niño con heces blandas? | Sí | No |

Higiene bucal

- | | | | |
|-----|--|----|----|
| 12. | ¿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 chícharo) dos veces al día? | Sí | No | |

Estrés social

13. ¿Está pasando usted por estrés en la familia?	No	Sí	
14. ¿Hay alguien en su vida que le lastima a usted o a sus hijos?	No	Sí	
15. Durante los últimos 12 meses, ¿se ha preocupado de que se vaya a agotar la comida antes de obtener dinero para comprar más?	Nunca	A veces	Muchas veces

Plomo

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

Tuberculosis

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

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, 36 months

	Todavía no	Algunas veces	Mucho
24. Cuando él o ella habla, los demás lo entienden la mayoría del tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Todavía no	Algunas veces	Mucho
25.	<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"/>
26.	<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"/>
27.	<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"/>
28.	<i>Compara cosas usando palabras como "más grande" o "más corto"</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	<i>Contesta preguntas como "¿Qué haces cuando tienes frío?" o "¿...cuando tienes sueño?"</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	<i>Cuenta una historia de un libro o de la televisión</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	<i>Dibuja formas sencillas – por ejemplo, un círculo o un cuadrado</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	<i>Dice palabras en plural como "peces" para más de un pez y "lápices" para más de un lápiz</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	<i>Usa palabras como "ayer" y "mañana" correctamente</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>