

### 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.	¿Ronca el niño un poco más de lo esperado?	No	Sí
7.	¿Le inquieta algún aspecto del aprendizaje o de la conducta?	No	Sí

### Nutrición

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.	¿Le preocupa el peso corporal del niño?	No	Sí
12.	¿Defeca regularmente el niño con heces blandas?	Sí	No

### Higiene bucal

13.	¿Su hijo va al dentista al menos dos veces al año?	Sí	No
-----	--	----	----

### Estrés social

14.	¿Está pasando usted por estrés en la familia?	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

## 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

- |  | Cierto                   | Tengo preguntas          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 17. El niño viaja en un asiento de seguridad con vista hacia en frente y colocado en el asiento trasero del auto.  | <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. Aplicamos protector solar si estamos expuestos al sol por más de 15-30 minutos.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Tenemos detectores de humo/monóxido de carbono que funcionan en casa.  | <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"/> |
| 23. Hablamos con nuestro niño acerca de la seguridad ante gente extraña.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. El niño sabe que sus partes privadas son privadas.   | <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, 48 months

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

		Todavía no	Algunas veces	Mucho
31.	<i>Permanece seco durante toda la noche (no se orina en la cama)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	<i>Sigue reglas sencillas cuando juega juegos de mesa o con cartas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	<i>Escribe su nombre</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	<i>Dibuja cosas que usted puede reconocer</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>