

General

- | | | |
|--|----|----|
| 1. Haga una lista de las inquietudes que desea discutir hoy: | | |
| 2. ¿Pasa el niño más de 2 horas '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

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 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. El niño usa casco cuando anda en bicicleta, patines, esquiando o en patineta sobre la nieve. | <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 un plan de escape en caso de incendio. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. 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, 48 months

- | | Todavía no | Algunas veces | Mucho |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 22. Cuenta una historia de un libro o de la televisión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Dibuja formas sencillas – por ejemplo, un círculo o un cuadrado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Dice palabras en plural como "peces" para más de un pez y "lápices" para más de un lápiz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Usa palabras como "ayer" y "mañana" correctamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Permanece seco durante toda la noche (no se orina en la cama) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Sigue reglas sencillas cuando juega juegos de mesa o con cartas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

		Todavía no	Algunas veces	Mucho
28.	<i>Escribe su nombre</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	<i>Dibuja cosas que usted puede reconocer</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	<i>Colorea dentro de las líneas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	<i>Nombra los días de la semana en el orden correcto</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>