



SWYC™:

15 meses

15 meses, 0 días a 17 meses, 31 días
15 months, 0 days to 17 months, 31 days
V1.07, 4/1/17

Nombre del Niño/a:
(Child's name)

Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año):
(Date of birth)

Fecha de Hoy:
(Today's Date)

Pautas Madurativas (Developmental Milestones)

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 frecuentemente 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.

	Todavía No	Algunas Veces	Mucho
Lo llama a usted "mama" o "papa" o algo parecido	0	1	2
Mira a su alrededor cuando usted dice cosas como: "¿Dónde está tu biberón?" o "¿Dónde está tu juguete?"	0	1	2
Imita sonidos que usted hace	0	1	2
Cruza una habitación caminando sin ayuda	0	1	2
Sigue instrucciones – por ejemplo "Ven acá" o "Dame la pelota"	0	1	2
Corre	0	1	2
Sube escaleras caminando con ayuda	0	1	2
Patea una pelota	0	1	2
Nombra por lo menos 5 objetos familiares – por ejemplo pelota o leche	0	1	2
Nombra por lo menos 5 partes del cuerpo – por ejemplo nariz, mano, o boca	0	1	2

Lista de Síntomas Pediátricos para Bebés (BPSC)

Algunas veces todos los niños lloran, gruñen o se quejan, tienen problemas al dormir o tienen problemas cuando llegan a lugares nuevos. 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?

	Igual	Un Poco Más	Mucho Más
¿Su niño/a tiene dificultad al estar con personas desconocidas?	0	1	2
¿Su niño/a tiene dificultad al estar en lugares nuevos?	0	1	2
¿Su niño/a tiene dificultad con los cambios?	0	1	2
¿A su niño/a le molesta que lo carguen otras personas?	0	1	2
¿Su niño/a llora mucho?	0	1	2
¿Su niño/a tiene dificultad para calmarse?	0	1	2
¿Su niño/a se enoja o se irrita fácilmente?	0	1	2
¿Su niño/a es difícil de consolar?	0	1	2
¿Es difícil mantener a su niño/a en un horario o una rutina establecida?	0	1	2
¿Es difícil poner a su niño/a a dormir?	0	1	2
¿Es difícil para usted dormir lo suficiente debido a su niño/a?	0	1	2
¿Su niño/a tiene dificultad para mantenerse dormido?	0	1	2

Preocupaciones de los Padres (Parent Concerns)

	Ninguna	Alguna	Mucha
¿Tiene usted alguna preocupación acerca del aprendizaje o desarrollo de su niño/a?	☐	☐	☐
¿Tiene usted alguna preocupación acerca del comportamiento de su niño/a?	☐	☐	☐

Preguntas sobre la Familia (Family Questions)

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:

	Sí	No
1 ¿Hay alguien que vive con su niño que fuma tabaco?	☐ Y	☐ N
2 ¿Durante el último año, ha usted consumido bebidas alcohólicas o usado drogas más de lo que hubiera deseado?	☐ Y	☐ N
3 ¿Ha sentido usted el deseo o necesidad de consumir menos alcohol o drogas durante el último año?	☐ Y	☐ N
4 ¿Han tenido las drogas o el consumo de alcohol por parte de algún miembro de la familia algún efecto negativo en su niño/a?	☐ Y	☐ N

	Nunca	A Veces	Frecuentemente
5 Durante los últimos 12 meses, nos preocupamos que nuestra comida se acabara antes de que tuviéramos dinero para comprar más.	☐	☐	☐

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

6 ¿Tener poco interés o placer en hacer las cosas? 0 1 2 3

7 ¿Sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanza? 0 1 2 3

		No hay tensión	Alguna tensión	Mucha tensión	No aplica
8	En general, ¿cómo describiría usted su relación con su esposo/a o su pareja?	☐	☐	☐	☐

	☐	☐	☐	☐
	Sin dificultad	Alguna dificultad	Mucha dificultad	No aplica
9 Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:	☐	☐	☐	☐

10 Durante la última semana, ¿cuantos días usted u otros miembros de la familia le leyeron a su niño?