



SWYC™:

18 meses

18 meses, 0 días a 22 meses, 31 días
18 months, 0 days to 22 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
Corre	0	1	2
Sube escaleras caminando con ayuda	0	1	2
Patea la 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
Sube escaleras en el parque de juegos	0	1	2
Usa palabras como “yo” o “mío”	0	1	2
Salta en el suelo con los dos pies	0	1	2
Junta 2 o más palabras – como “más agua” o “quiero leche”	0	1	2
Usa palabras para pedir ayuda	0	1	2

Lista de Síntomas Pediátricos para Niños en edad Preescolar (PPSC)

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.

		Igual	Un Poco Más	Mucho Más
Su niño/a...	¿Parece nervioso o asustado?	0	1	2
	¿Parece triste o infeliz?	0	1	2
	¿Se molesta si las cosas no se hacen de cierta manera?	0	1	2
	¿Tiene dificultad con los cambios?	0	1	2
	¿Tiene dificultad al jugar con otros niños?	0	1	2
	¿Rompe cosas a propósito?	0	1	2
	¿Pelea con otros niños?	0	1	2
	¿Tiene dificultad para prestar atención?	0	1	2
	¿Tiene dificultad para calmarse?	0	1	2
	¿Se le dificulta mantenerse en una sola actividad?	0	1	2
	¿Es agresivo/a?	0	1	2
	¿Es inquieto o tiene dificultad para permanecer sentado?	0	1	2
	¿Se enoja con facilidad?	0	1	2
Es difícil...	¿Llevar a su niño/a a lugares públicos?	0	1	2
	¿Consolar a su niño/a?	0	1	2
	¿Saber qué necesita su niño/a?	0	1	2
	¿Mantener a su niño/a en un horario o una rutina establecida?	0	1	2
	¿Hacer que su niño/a le obedezca?	0	1	2

Observaciones de los Padres Acerca de las Interacciones Sociales (POSI)					
¿Su niño/a le trae cosas para mostrárselas a usted?	Muchas veces al día ☐	Algunas veces al día ☐	Algunas veces a la semana ☐	Menos de una vez a la semana ☐	Nunca ☐
¿Su niño/a tiene interés en jugar con otros niños/as?	Siempre ☐	Usualmente ☐	Algunas Veces ☐	Rara Vez ☐	Nunca ☐
¿Cuándo usted dice una palabra o saluda con la mano, su niño/a trata de imitarlo?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Su niño/a lo mira cuando lo llama por su nombre?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Si usted apunta o señala algo al otro lado del cuarto, su niño/a lo mira?	☐	☐	☐	☐	☐
En general, ¿cómo le demuestra su niño/a que quiere algo?	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 ☐
(Por favor marque todo lo que corresponda)	☐	☐	☐	☐	☐
¿Cuáles son los juegos favoritos de su niño/a?	Jugar con muñecas o peluches ☐	Leer libros con usted ☐	Trepar, correr y estar activo ☐	Acomodar juguetes u otras cosas en línea ☐	Ver cosas que giran y dan vueltas, por ejemplo ventiladores o ruedas ☐
(Por favor marque todo lo que corresponda)	☐	☐	☐	☐	☐

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.	☐	☐ ☐

<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
--	-------	-------------	-----------------------------	---------------------

6	¿Tener poco interés o placer en hacer las cosas?	☐	☐	☐	☐					
7	¿Sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanza?	☐	☐	☐	☐					
8	En general, ¿cómo describiría usted su relación con su esposo/a o su pareja?	No hay tensión ☐	Alguna tensión ☐	Mucha tensión ☐	No aplica ☐					
9	Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:	Sin dificultad ☐	Alguna dificultad ☐	Mucha dificultad ☐	No aplica ☐					
10	Durante la última semana, ¿cuantos días usted u otros miembros de la familia le leyeron a su niño?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐