



SWYC™:

24 meses

23 meses, 0 días a 28 meses, 31 días
23 months, 0 days to 28 months, 31 days
v1.071, 9/1/19

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
Nombra por lo menos 5 partes del cuerpo – por ejemplo nariz, mano, o boca	☐	☐	☐
Sube escaleras en el parque de juegos	☐	☐	☐
Usa palabras como “yo” o “mío”	☐	☐	☐
Salta en el suelo con los dos pies	☐	☐	☐
Junta 2 o más palabras – por ejemplo “más agua” o “quiero leche”	☐	☐	☐
Usa palabras para pedir ayuda	☐	☐	☐
Nombra por lo menos un color	☐	☐	☐
Intenta hacer que usted lo mire diciendo “Mírame”	☐	☐	☐
Dice su nombre cuando se lo preguntan	☐	☐	☐
Dibuja líneas	☐	☐	☐

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

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 ☐	Poco ☐
¿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 ☐	Tregar, 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.	☐	☐	☐					
Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días				
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				
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?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7