



SWYC™:

30 meses

29 meses, 0 días a 34 meses, 31 días
29 months, 0 days to 34 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
Nombra por lo menos un color	☐	☐	☐
Intenta hacer que usted lo mire diciendo "Mírame"	☐	☐	☐
Dice su primer nombre cuando se lo preguntan	☐	☐	☐
Dibuja líneas	☐	☐	☐
Cuando él o ella habla, los demás lo entienden la mayoría del tiempo . . .	☐	☐	☐
Se lava y se seca las manos sin ayuda (incluso si usted abrae el agua) . . .	☐	☐	☐
Hace preguntas que empiezan con "por qué" o "cómo" – por ejemplo "¿Por qué no galleta?"	☐	☐	☐
Explica el por qué de las cosas, por ejemplo necesitar un abrigo cuando hace frío	☐	☐	☐
Compara cosas usando palabras como "más grande" o "más corto"	☐	☐	☐
Contesta preguntas como "¿Qué haces cuando tienes frío?" o "¿...cuando tienes sueño?"	☐	☐	☐

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?	☐	☐
	¿Se enoja con facilidad?	☐	☐
	¿Llevar a su niño/a a lugares públicos?	☐	☐
Es difícil...	¿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 ☐	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	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
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?	☐ 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