



SWYC™:

48 meses

47 meses, 0 días a 58 meses, 31 días
47 months, 0 days to 58 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
Compara cosas usando palabras como “más grande” o “más corto”	0	1	2
Contesta preguntas como “¿Qué haces cuando tienes frío?” o “¿...cuando tienes sueño?”	0	1	2
Cuenta una historia de un libro o de la televisión	0	1	2
Dibuja formas sencillas – por ejemplo, un círculo o un cuadrado	0	1	2
Dice palabras en plural como “peces” para más de un pez y “lápices” para más de un lápiz	0	1	2
Usa palabras como “ayer” y “mañana” correctamente	0	1	2
Permanece seco durante toda la noche (no se orina en la cama)	0	1	2
Sigue reglas sencillas cuando juega juegos de mesa o con cartas	0	1	2
Escribe su nombre	0	1	2
Dibuja cosas que usted puede reconocer	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

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

	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, ¿cuántos días usted u otros miembros de la familia le leyeron a su niño?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
---	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------