



SWYC : 2 meses

1 mes, 0 días to 3 meses, 31 días
1 month, 0 days to 3 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	Un Poco	Mucho
Hace sonidos que le permite saber a usted que él/ella esta feliz o molesto	☐	☐	☐
Parece feliz al verlo/a	☐	☐	☐
Sigue con la mirada un juguete en movimiento	☐	☐	☐
Mueve la cabeza para buscar a la persona que está hablando	☐	☐	☐
Mantiene la cabeza firme mientras usted lo levanta	☐	☐	☐
Junta las manos	☐	☐	☐
Se ríe	☐	☐	☐
Sostiene la cabeza cuando usted lo sienta	☐	☐	☐
Hace sonidos como “ga,” “ma,” o “ba”	☐	☐	☐
Lo mira cuando usted dice su nombre	☐	☐	☐

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	Mucho
¿Su niño/a tiene dificultad al estar con personas desconocidas?	☐	☐	☐
¿Su niño/a tiene dificultad al estar en lugares nuevos?	☐	☐	☐
¿Su niño/a tiene dificultad con los cambios?	☐	☐	☐
¿A su niño/a le molesta que lo carguen otras personas?	☐	☐	☐

¿Su niño/a llora mucho?	☐	☐	☐
¿Su niño/a tiene dificultad para calmarse?	☐	☐	☐
¿Su niño/a se enoja fácilmente o se irrita?	☐	☐	☐
¿Su niño/a es difícil de consolar?	☐	☐	☐

¿Es difícil mantener a su niño/a en un horario o una rutina establecida?	☐	☐	☐
¿Es difícil poner a su niño/a a dormir?	☐	☐	☐
¿Es difícil para usted dormir lo suficiente debido a su niño/a?	☐	☐	☐
¿Su niño/a tiene dificultad para mantenerse dormido?	☐	☐	☐

Preocupaciones de los Padres (Parent Concerns)

	Nunca	Un Poco	Mucho
¿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?	☐	☐								
2	¿Durante el último año, ha usted consumido bebidas alcohólicas o usado drogas más de lo que hubiera deseado?	☐	☐								
3	¿Ha sentido usted el deseo o necesidad de consumir menos alcohol o drogas durante el último año?	☐	☐								
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?	☐	☐								
5	Durante los últimos 12 meses, nos preocupamos que nuestra comida se acabara antes de que tuviéramos dinero para comprar más.	Nunca ☐	A Veces ☐	Frecuentemente ☐							
6	En general, ¿cómo describiría usted su relación con su esposo/a o su pareja?	No hay tensión ☐	Alguna tensión ☐	Mucha tensión ☐	No aplica ☐						
7	Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:	Sin dificultad ☐	Alguna dificultad ☐	Mucha dificultad ☐	No aplica ☐						
8	Durante la última semana, ¿cuántos días usted u otros miembros de la familia le leyeron a su niño?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Cambios Emocionales con un Nuevo Bebé (Emotional Changes with a New Baby**)

Porque usted tiene un nuevo bebé en su familia, nos gustaría saber cómo se siente. Por favor marque la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no sólo cómo se siente hoy.

En los últimos siete días...	
1 He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:	
☐ Igual que siempre	☐ Ahora, no tanto como siempre ☐ Ahora, mucho menos ☐ No, nada en absoluto
2 He mirado las cosas con ilusión:	
☐ Igual que siempre	☐ Algo menos de lo que es habitual en mí ☐ Bastante menos de lo que es habitual en mí ☐ Mucho menos que antes
3* Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal:	
☐ Sí, la mayor parte del tiempo	☐ Sí, a veces ☐ No muy a menudo ☐ No, en ningún momento
4 Me he sentido nerviosa o preocupada sin tener motivo:	
☐ No, en ningún momento	☐ Casi nunca ☐ Sí, algunas veces ☐ Sí, con mucha frecuencia
5* He sentido miedo o he estado asustada sin motivo:	
☐ Sí, bastante	☐ Sí, a veces ☐ No, no mucho ☐ No, en absoluto
6* Las cosas me han agobiado:	
☐ Sí, la mayoría de las veces no he sido capaz de afrontarlas	☐ Sí, a veces no he sido capaz de afrontarlas tan bien como siempre ☐ No, la mayor parte de las veces las he afrontado bastante bien ☐ No, he afrontado las cosas tan bien como siempre
7* Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir:	
☐ Sí, la mayor parte del tiempo	☐ Sí, a veces ☐ No muy a menudo ☐ No, en ningún momento
8* Me he sentido triste o desgraciada:	
☐ Sí, la mayor parte del tiempo	☐ Sí, bastante a menudo ☐ No con mucha frecuencia ☐ No, en ningún momento
9* Me he sentido tan infeliz que he estado llorando:	
☐ Sí, la mayor parte del tiempo	☐ Sí, bastante a menudo ☐ Sólo en alguna ocasión ☐ No, en ningún momento
10* He tenido pensamientos de hacerme daño:	
☐ Sí, bastante a menudo	☐ A veces ☐ Casi nunca ☐ En ningún momento

**© 1987 The Royal College of Psychiatrists. Translated from Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry, 150, 782-786. Written permission must be obtained from the Royal College of Psychiatrists for copying and distribution to others or for republication (in print, online or by any other medium).



SWYC™ :

4 meses

4 meses, 0 días to 5 meses, 31 días
4 months, 0 days to 5 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	Un Poco	Mucho
Mantiene la cabeza firme mientras usted lo levanta	☐	☐	☐
Junta las manos	☐	☐	☐
Se ríe	☐	☐	☐
Sostiene la cabeza cuando usted lo sienta	☐	☐	☐
Hace sonidos como "ga," "ma," o "ba"	☐	☐	☐
Lo mira cuando usted dice su nombre	☐	☐	☐
Se da vueltas (se rueda sobre sí mismo)	☐	☐	☐
Pasa un juguete de una mano a la otra	☐	☐	☐
Cuando él/ella se molesta, lo busca a usted u otra persona conocida	☐	☐	☐
Agarra dos objetos y los golpea uno contra el otro	☐	☐	☐

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	Mucho
¿Su niño/a tiene dificultad al estar con personas desconocidas?	☐	☐	☐
¿Su niño/a tiene dificultad al estar en lugares nuevos?	☐	☐	☐
¿Su niño/a tiene dificultad con los cambios?	☐	☐	☐
¿A su niño/a le molesta que lo carguen otras personas?	☐	☐	☐

¿Su niño/a llora mucho?	☐	☐	☐
¿Su niño/a tiene dificultad para calmarse?	☐	☐	☐
¿Su niño/a se enoja o se irrita fácilmente?	☐	☐	☐
¿Su niño/a es difícil de consolar?	☐	☐	☐

¿Es difícil mantener a su niño/a en un horario o una rutina establecida?	☐	☐	☐
¿Es difícil poner a su niño/a a dormir?	☐	☐	☐
¿Es difícil para usted dormir lo suficiente debido a su niño/a?	☐	☐	☐
¿Su niño/a tiene dificultad para mantenerse dormido?	☐	☐	☐

Preocupaciones de los Padres (Parent Concerns)

	Nunca	Un Poco	Mucho
¿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?	☐	☐							
2 ¿Durante el último año, ha usted consumido bebidas alcohólicas o usado drogas más de lo que hubiera deseado?	☐	☐							
3 ¿Ha sentido usted el deseo o necesidad de consumir menos alcohol o drogas durante el último año?	☐	☐							
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?	☐	☐							
	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.	☐	☐	☐						
6 En general, ¿cómo describiría usted su relación con su esposo/a o su pareja?	No hay tensión ☐	Alguna tensión ☐	Mucha tensión ☐	No aplica ☐					
7 Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:	Sin dificultad ☐	Alguna dificultad ☐	Mucha dificultad ☐	No aplica ☐					
8 Durante la última semana, ¿cuántos días usted u otros miembros de la familia le leyeron a su niño?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Cambios Emocionales con un Nuevo Bebé (Emotional Changes with a New Baby**)

Porque usted tiene un nuevo bebé en su familia, nos gustaría saber cómo se siente. Por favor marque la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no sólo cómo se siente hoy.

En los últimos siete días...				
1 He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:				
☐ Igual que siempre	☐ Ahora, no tanto como siempre	☐ Ahora, mucho menos	☐ No, nada en absoluto	
2 He mirado las cosas con ilusión:				
☐ Igual que siempre	☐ Algo menos de lo que es habitual en mí	☐ Bastante menos de lo que es habitual en mí	☐ Mucho menos que antes	
3* Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal:				
☐ Sí, la mayor parte del tiempo	☐ Sí, a veces	☐ No muy a menudo	☐ No, en ningún momento	
4 Me he sentido nerviosa o preocupada sin tener motivo:				
☐ No, en ningún momento	☐ Casi nunca	☐ Sí, algunas veces	☐ Sí, con mucha frecuencia	
5* He sentido miedo o he estado asustada sin motivo:				
☐ Sí, bastante	☐ Sí, a veces	☐ No, no mucho	☐ No, en absoluto	
6* Las cosas me han agobiado:				
☐ Sí, la mayoría de las veces no he sido capaz de afrontarlas	☐ Sí, a veces no he sido capaz de afrontarlas tan bien como siempre	☐ No, la mayor parte de las veces las he afrontado bastante bien	☐ No, he afrontado las cosas tan bien como siempre	
7* Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir:				
☐ Sí, la mayor parte del tiempo	☐ Sí, a veces	☐ No muy a menudo	☐ No, en ningún momento	
8* Me he sentido triste o desgraciada:				
☐ Sí, la mayor parte del tiempo	☐ Sí, bastante a menudo	☐ No con mucha frecuencia	☐ No, en ningún momento	
9* Me he sentido tan infeliz que he estado llorando:				
☐ Sí, la mayor parte del tiempo	☐ Sí, bastante a menudo	☐ Sólo en alguna ocasión	☐ No, en ningún momento	
10* He tenido pensamientos de hacerme daño:				
☐ Sí, bastante a menudo	☐ A veces	☐ Casi nunca	☐ En ningún momento	

**© 1987 The Royal College of Psychiatrists. Translated from Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry, 150, 782-786. Written permission must be obtained from the Royal College of Psychiatrists for copying and distribution to others or for republication (in print, online or by any other medium).



SWYC : 6 meses

6 meses, 0 días to 8 meses, 31 días
6 months, 0 days to 8 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	Un Poco	Mucho
Hace sonidos como "ga," "ma," o "ba"	0	1	2
Lo mira cuando usted dice su nombre	0	1	2
Se da vueltas (se rueda sobre sí mismo)	0	1	2
Pasa un juguete de una mano a la otra	0	1	2
Cuando él/ella se molesta, lo busca a usted u otra persona conocida	0	1	2
Agarra dos objetos y los golpea uno contra el otro	0	1	2
Alza los brazos para ser levantado	0	1	2
Puede sentarse sin ayuda	0	1	2
Agarra comida y la come	0	1	2
Se sostiene para levantarse hasta quedar de pie	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	Mucho
¿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)

	Nunca	Un Poco	Mucho
¿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.	☐	☐	☐					
6	En general, ¿cómo describiría usted su relación con su esposo/a o su pareja?	No hay tensión ☐	Alguna tensión ☐	Mucha tensión ☐	No aplica ☐				
7	Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:	Sin dificultad ☐	Alguna dificultad ☐	Mucha dificultad ☐	No aplica ☐				
8	Durante la última semana, ¿cuantos días usted u otros miembros de la familia le leveron a su niño?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7

Cambios Emocionales con un Nuevo Bebé (Emotional Changes with a New Baby)**

Porque usted tiene un nuevo bebé en su familia, nos gustaría saber cómo se siente. Por favor marque la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no sólo cómo se siente hoy.

En los últimos siete días...			
1 He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:			
③ Igual que siempre	① Ahora, no tanto como siempre	② Ahora, mucho menos	③ No, nada en absoluto
2 He mirado las cosas con ilusión:			
③ Igual que siempre	① Algo menos de lo que es habitual en mí	② Bastante menos de lo que es habitual en mí	③ Mucho menos que antes
3* Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal:			
③ Sí, la mayor parte del tiempo	② Sí, a veces	① No muy a menudo	③ No, en ningún momento
4 Me he sentido nerviosa o preocupada sin tener motivo:			
③ No, en ningún momento	① Casi nunca	② Sí, algunas veces	③ Sí, con mucha frecuencia
5* He sentido miedo o he estado asustada sin motivo:			
③ Sí, bastante	② Sí, a veces	① No, no mucho	③ No, en absoluto
6* Las cosas me han agobiado:			
③ Sí, la mayoría de las veces no he sido capaz de afrontarlas	② Sí, a veces no he sido capaz de afrontarlas tan bien como siempre	① No, la mayor parte de las veces las he afrontado bastante bien	③ No, he afrontado las cosas tan bien como siempre
7* Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir:			
③ Sí, la mayor parte del tiempo	② Sí, a veces	① No muy a menudo	③ No, en ningún momento
8* Me he sentido triste o desgraciada:			
③ Sí, la mayor parte del tiempo	② Sí, bastante a menudo	① No con mucha frecuencia	③ No, en ningún momento
9* Me he sentido tan infeliz que he estado llorando:			
③ Sí, la mayor parte del tiempo	② Sí, bastante a menudo	① Sólo en alguna ocasión	③ No, en ningún momento
10* He tenido pensamientos de hacerme daño:			
③ Sí, bastante a menudo	② A veces	① Casi nunca	③ En ningún momento

***© 1987 The Royal College of Psychiatrists. Translated from Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786. Written permission must be obtained from the Royal College of Psychiatrists for copying and distribution to others or for republication (in print, online or by any other medium).



SWYC™ :

9 meses

9 meses, 0 días a 11 meses, 31 días
9 months, 0 days to 11 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
Alza los brazos para ser levantado	0	1	2
Puede sentarse sin ayuda	0	1	2
Agarra comida y la come	0	1	2
Se sostiene para levantarse hasta quedar de pie	0	1	2
Juega a juegos – como “¿Dónde está el bebe?” o “peek-a-boo” . . .	0	1	2
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

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?	☐	☐
2 ¿Durante el último año, ha usted consumido bebidas alcohólicas o usado drogas más de lo que hubiera deseado?	☐	☐
3 ¿Ha sentido usted el deseo o necesidad de consumir menos alcohol o drogas durante el último año?	☐	☐
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?	☐	☐

	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

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, ¿cuántos días usted u otros miembros de la familia le leyeron a su niño?



SWYC™:

12 meses

12 meses, 0 días a 14 meses, 31 días
12 months, 0 days to 14 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
Agarra comida y la come	0	1	2
Se sostiene para levantarse hasta quedar de pie	0	1	2
Juega a juegos – como “¿Dónde está el bebe?” o “peek-a-boo”	0	1	2
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

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

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?



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



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
Es difícil...	¿Se enoja con facilidad?	0	1	2
	¿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 ☐	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	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
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



SWYC™:

24 meses

23 meses, 0 días a 28 meses, 31 días
23 months, 0 days to 28 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 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 – por ejemplo “más agua” o “quiero leche”	0	1	2
Usa palabras para pedir ayuda	0	1	2
Nombra por lo menos un color	0	1	2
Intenta hacer que usted lo mire diciendo “Mírame”	0	1	2
Dice su nombre cuando se lo preguntan	0	1	2
Dibuja líneas	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	Mucho
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
Es difícil...	¿Se enoja con facilidad?	0	1	2
	¿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 ☐	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 ☐	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?	☐ 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



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 ☐	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	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
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



SWYC™:

36 meses

35 meses, 0 días a 46 meses, 31 días
35 months, 0 days to 46 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
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?”	☐	☐	☐
Cuenta una historia de un libro o de la televisión	☐	☐	☐
Dibuja formas sencillas – por ejemplo, un círculo o un cuadrado	☐	☐	☐
Dice palabras en plural como “peces” para más de un pez y “lápices” para más de un lápiz	☐	☐	☐
Usa palabras como “ayer” y “mañana” correctamente	☐	☐	☐

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?	☐	☐	☐
Es difícil...			
¿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?	☐	☐	☐

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?	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?



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"	☐	☐	☐
Contesta preguntas como "¿Qué haces cuando tienes frío?" o "¿...cuando tienes sueño?"	☐	☐	☐
Cuenta una historia de un libro o de la televisión	☐	☐	☐
Dibuja formas sencillas – por ejemplo, un círculo o un cuadrado	☐	☐	☐
Dice palabras en plural como "peces" para más de un pez y "lápices" para más de un lápiz	☐	☐	☐
Usa palabras como "ayer" y "mañana" correctamente	☐	☐	☐
Permanece seco durante toda la noche (no se orina en la cama)	☐	☐	☐
Sigue reglas sencillas cuando juega juegos de mesa o con cartas	☐	☐	☐
Escribe su nombre	☐	☐	☐
Dibuja cosas que usted puede reconocer	☐	☐	☐

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?	☐	☐	☐
Es difícil...			
¿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?	☐	☐	☐

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
---	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------



SWYC™:

60 meses

59 meses, 0 días a 65 meses, 31 días
59 months, 0 days to 65 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
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 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
Colorea dentro de las líneas	0	1	2
Nombra los días de la semana en el orden correcto	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, ¿cuantos días usted u otros miembros de la familia le leyeron a su niño?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
---	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------