



# SWYC™:

## 60 meses

59 meses, 0 días a 65 meses, 31 días  
 59 months, 0 days to 65 months, 31 days  
 V1.08, 12/20/19

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)

La mayoría de los niños a esta edad podrán hacer algunas (pero no todas) las tareas de desarrollo que se mencionan a continuación. Por favor, díganos qué tanto de cada una de estas cosas hace su hijo. POR FAVOR, ASEGÚRESE DE RESPONDER TODAS LAS PREGUNTAS.

		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
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

## Preocupaciones de los Padres (Parent Concerns)

	Ninguna	Alguna	Mucha
¿Tiene usted alguna preocupación acerca del aprendizaje o desarrollo de su niño/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Tiene usted alguna preocupación acerca del comportamiento de su niño/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	¿Durante el último año, ha usted consumido bebidas alcohólicas o usado drogas más de lo que hubiera deseado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	¿Ha sentido usted el deseo o necesidad de consumir menos alcohol o drogas durante el último año?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		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.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
--	-------	-------------	-----------------------------	---------------------

6	¿Tener poco interés o placer en hacer las cosas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	¿Sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanza?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8	En general, ¿cómo describiría usted su relación con su esposo/a o su pareja?	No hay tensión <input type="radio"/>	Alguna tensión <input type="radio"/>	Mucha tensión <input type="radio"/>	No aplica <input type="radio"/>
---	--	---	---	--	------------------------------------

9	Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:	Si no <input type="radio"/>	Alguna dificultad <input type="radio"/>	Mucha dificultad <input type="radio"/>	No aplica <input type="radio"/>
---	--	--------------------------------	--	---	------------------------------------

10	Durante la última semana, ¿cuantos días usted u otros miembros de la familia le leyeron a su niño?	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>	7 <input type="radio"/>
----	--	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------