



SWYCTM : 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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parece feliz al verlo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sigue con la mirada un juguete en movimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mueve la cabeza para buscar a la persona que está hablando	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mantiene la cabeza firme mientras usted lo levanta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Junta las manos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se ríe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sostiene la cabeza cuando usted lo sienta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hace sonidos como "ga," "ma," o "ba"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lo mira cuando usted dice su nombre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Su niño/a tiene dificultad al estar en lugares nuevos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Su niño/a tiene dificultad con los cambios?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿A su niño/a le molesta que lo carguen otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Su niño/a llora mucho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Su niño/a tiene dificultad para calmarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Su niño/a se enoja fácilmente o se irrita?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Su niño/a es difícil de consolar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Es difícil mantener a su niño/a en un horario o una rutina establecida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Es difícil poner a su niño/a a dormir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Es difícil para usted dormir lo suficiente debido a su niño/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Su niño/a tiene dificultad para mantenerse dormido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Preocupaciones de los Padres (Parent Concerns)

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

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:				
<input type="radio"/> Igual que siempre	<input type="radio"/> 1 Ahora, no tanto como siempre	<input type="radio"/> 2 Ahora, mucho menos	<input type="radio"/> 3 No, nada en absoluto	
2 He mirado las cosas con ilusión:				
<input type="radio"/> Igual que siempre	<input type="radio"/> 1 Algo menos de lo que es habitual en mí	<input type="radio"/> 2 Bastante menos de lo que es habitual en mí	<input type="radio"/> 3 Mucho menos que antes	
3* Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal:				
<input type="radio"/> 3 Sí, la mayor parte del tiempo	<input type="radio"/> 2 Sí, a veces	<input type="radio"/> 1 No muy a menudo	<input type="radio"/> 0 No, en ningún momento	
4 Me he sentido nerviosa o preocupada sin tener motivo:				
<input type="radio"/> 0 No, en ningún momento	<input type="radio"/> 1 Casi nunca	<input type="radio"/> 2 Sí, algunas veces	<input type="radio"/> 3 Sí, con mucha frecuencia	
5* He sentido miedo o he estado asustada sin motivo:				
<input type="radio"/> 3 Sí, bastante	<input type="radio"/> 2 Sí, a veces	<input type="radio"/> 1 No, no mucho	<input type="radio"/> 0 No, en absoluto	
6* Las cosas me han agobiado:				
<input type="radio"/> 3 Sí, la mayoría de las veces no he sido capaz de afrontarlas	<input type="radio"/> 2 Sí, a veces no he sido capaz de afrontarlas tan bien como siempre	<input type="radio"/> 1 No, la mayor parte de las veces las he afrontado bastante bien	<input type="radio"/> 0 No, he afrontado las cosas tan bien como siempre	
7* Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir:				
<input type="radio"/> 3 Sí, la mayor parte del tiempo	<input type="radio"/> 2 Sí, a veces	<input type="radio"/> 1 No muy a menudo	<input type="radio"/> 0 No, en ningún momento	
8* Me he sentido triste o desgraciada:				
<input type="radio"/> 3 Sí, la mayor parte del tiempo	<input type="radio"/> 2 Sí, bastante a menudo	<input type="radio"/> 1 No con mucha frecuencia	<input type="radio"/> 0 No, en ningún momento	
9* Me he sentido tan infeliz que he estado llorando:				
<input type="radio"/> 3 Sí, la mayor parte del tiempo	<input type="radio"/> 2 Sí, bastante a menudo	<input type="radio"/> 1 Sólo en alguna ocasión	<input type="radio"/> 0 No, en ningún momento	
10* He tenido pensamientos de hacerme daño:				
<input type="radio"/> 3 Sí, bastante a menudo	<input type="radio"/> 2 A veces	<input type="radio"/> 1 Casi nunca	<input type="radio"/> 0 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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Junta las manos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se ríe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sostiene la cabeza cuando usted lo sienta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hace sonidos como "ga," "ma," o "ba"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lo mira cuando usted dice su nombre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se da vueltas (se rueda sobre sí mismo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pasa un juguete de una mano a la otra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuando él/ella se molesta, lo busca a usted u otra persona conocida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agarra dos objetos y los golpea uno contra el otro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Su niño/a tiene dificultad al estar en lugares nuevos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Su niño/a tiene dificultad con los cambios?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿A su niño/a le molesta que lo carguen otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Su niño/a llora mucho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Su niño/a tiene dificultad para calmarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Su niño/a se enoja o se irrita fácilmente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Su niño/a es difícil de consolar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Es difícil mantener a su niño/a en un horario o una rutina establecida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Es difícil poner a su niño/a a dormir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Es difícil para usted dormir lo suficiente debido a su niño/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Su niño/a tiene dificultad para mantenerse dormido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Preocupaciones de los Padres (Parent Concerns)

	Nunca	Un Poco	Mucho
¿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"/>



© 2010, Tufts Medical Center, Inc. All rights reserved.

***** Por favor continúe en la parte de atrás *****

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"/>						
5	Durante los últimos 12 meses, nos preocupamos que nuestra comida se acabara antes de que tuviéramos dinero para comprar más.	Nunca <input type="radio"/>	A Veces <input type="radio"/>	Frecuentemente <input type="radio"/>					
6	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"/>				
7	Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:	Sin dificultad <input type="radio"/>	Alguna dificultad <input type="radio"/>	Mucha dificultad <input type="radio"/>	No aplica <input type="radio"/>				
8	Durante la última semana, ¿cuantos días usted u otros miembros de la familia le leyeron a su niño?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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



TM
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"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lo mira cuando usted dice su nombre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se da vueltas (se rueda sobre sí mismo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pasa un juguete de una mano a la otra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuando él/ella se molesta, lo busca a usted u otra persona conocida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agarra dos objetos y los golpea uno contra el otro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alza los brazos para ser levantado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puede sentarse sin ayuda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agarra comida y la come	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sostiene para levantarse hasta quedar de pie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Su niño/a tiene dificultad al estar en lugares nuevos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Su niño/a tiene dificultad con los cambios?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿A su niño/a le molesta que lo carguen otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Su niño/a llora mucho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Su niño/a tiene dificultad para calmarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Su niño/a se enoja o se irrita fácilmente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Su niño/a es difícil de consolar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Es difícil mantener a su niño/a en un horario o una rutina establecida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Es difícil poner a su niño/a a dormir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Es difícil para usted dormir lo suficiente debido a su niño/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Su niño/a tiene dificultad para mantenerse dormido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Preocupaciones de los Padres (Parent Concerns)

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

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:				
<input type="radio"/> Igual que siempre	<input type="radio"/> 1 Ahora, no tanto como siempre	<input type="radio"/> 2 Ahora, mucho menos	<input type="radio"/> 3 No, nada en absoluto	
2 He mirado las cosas con ilusión:				
<input type="radio"/> Igual que siempre	<input type="radio"/> 1 Algo menos de lo que es habitual en mí	<input type="radio"/> 2 Bastante menos de lo que es habitual en mí	<input type="radio"/> 3 Mucho menos que antes	
3* Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal:				
<input type="radio"/> 3 Sí, la mayor parte del tiempo	<input type="radio"/> 2 Sí, a veces	<input type="radio"/> 1 No muy a menudo	<input type="radio"/> 0 No, en ningún momento	
4 Me he sentido nerviosa o preocupada sin tener motivo:				
<input type="radio"/> 0 No, en ningún momento	<input type="radio"/> 1 Casi nunca	<input type="radio"/> 2 Sí, algunas veces	<input type="radio"/> 3 Sí, con mucha frecuencia	
5* He sentido miedo o he estado asustada sin motivo:				
<input type="radio"/> 3 Sí, bastante	<input type="radio"/> 2 Sí, a veces	<input type="radio"/> 1 No, no mucho	<input type="radio"/> 0 No, en absoluto	
6* Las cosas me han agobiado:				
<input type="radio"/> 3 Sí, la mayoría de las veces no he sido capaz de afrontarlas	<input type="radio"/> 2 Sí, a veces no he sido capaz de afrontarlas tan bien como siempre	<input type="radio"/> 1 No, la mayor parte de las veces las he afrontado bastante bien	<input type="radio"/> 0 No, he afrontado las cosas tan bien como siempre	
7* Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir:				
<input type="radio"/> 3 Sí, la mayor parte del tiempo	<input type="radio"/> 2 Sí, a veces	<input type="radio"/> 1 No muy a menudo	<input type="radio"/> 0 No, en ningún momento	
8* Me he sentido triste o desgraciada:				
<input type="radio"/> 3 Sí, la mayor parte del tiempo	<input type="radio"/> 2 Sí, bastante a menudo	<input type="radio"/> 1 No con mucha frecuencia	<input type="radio"/> 0 No, en ningún momento	
9* Me he sentido tan infeliz que he estado llorando:				
<input type="radio"/> 3 Sí, la mayor parte del tiempo	<input type="radio"/> 2 Sí, bastante a menudo	<input type="radio"/> 1 Sólo en alguna ocasión	<input type="radio"/> 0 No, en ningún momento	
10* He tenido pensamientos de hacerme daño:				
<input type="radio"/> 3 Sí, bastante a menudo	<input type="radio"/> 2 A veces	<input type="radio"/> 1 Casi nunca	<input type="radio"/> 0 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?	<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"/> Y	<input type="radio"/> N
2 ¿Durante el último año, ha usted consumido bebidas alcohólicas o usado drogas más de lo que hubiera deseado?	<input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N
3 ¿Ha sentido usted el deseo o necesidad de consumir menos alcohol o drogas durante el último año?	<input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> 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.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
7 ¿Sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanza?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

10 Durante la última semana, ¿cuantos días usted u otros miembros de la familia le leyeron a su niño?	<input type="radio"/> 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
---	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------



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



© 2010 Tufts Medical Center, Inc. All rights reserved.

***** Por favor continúe en la parte de atrás *****

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

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?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
7 ¿Sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanza?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

10 Durante la última semana, ¿cuantos días usted u otros miembros de la familia le leyeron a su niño?	<input type="radio"/> 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
---	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------



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

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?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
7 ¿Sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanza?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

10 Durante la última semana, ¿cuantos días usted u otros miembros de la familia le leyeron a su niño?	<input type="radio"/> 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
--	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------



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
¿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



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 difícil...	¿Es inquieto o tiene dificultad para permanecer sentado?	0	1	2
	¿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	



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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intenta hacer que usted lo mire diciendo "Mírame"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dice su primer nombre cuando se lo preguntan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dibuja líneas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuando él o ella habla, los demás lo entienden la mayoría del tiempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se lava y se seca las manos sin ayuda (incluso si usted abrae el agua)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hace preguntas que empiezan con "por qué" o "cómo" – por ejemplo "¿Por qué no galleta?"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Explica el por qué de las cosas, por ejemplo necesitar un abrigo cuando hace frío	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Compara cosas usando palabras como "más grande" o "más corto"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contesta preguntas como "¿Qué haces cuando tienes frío?" o "¿...cuando tienes sueño?"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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



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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se lava y se seca las manos sin ayuda (incluso si usted abrae el agua)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hace preguntas que empiezan con "por qué" o "cómo" – por ejemplo "¿Por qué no galleta?"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Explica el por qué de las cosas, por ejemplo necesitar un abrigo cuando hace frío	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Compara cosas usando palabras como "más grande" o "más corto"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contesta preguntas como "¿Qué haces cuando tienes frío?" o "¿...cuando tienes sueño?"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuenta una historia de un libro o de la televisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dibuja formas sencillas – por ejemplo, un círculo o un cuadrado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dice palabras en plural como "peces" para más de un pez y "lápices" para más de un lápiz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usa palabras como "ayer" y "mañana" correctamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

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

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?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
7 ¿Sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanza?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

10 Durante la última semana, ¿cuántos días usted u otros miembros de la familia le leyeron a su niño?	<input type="radio"/> 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
---	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------



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

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

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

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?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
7 ¿Sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanza?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

10 Durante la última semana, ¿cuantos días usted u otros miembros de la familia le leyeron a su niño?	<input type="radio"/> 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
---	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------



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

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?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
7 ¿Sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanza?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

10 Durante la última semana, ¿cuántos días usted u otros miembros de la familia le leyeron a su niño?	<input type="radio"/> 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
--	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------