



# SWYC<sup>TM</sup> : 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"/>	<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"/>						
		<b>Nunca</b>	<b>A Veces</b>	<b>Frecuentemente</b>					
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"/>					
		<b>No hay tensión</b>	<b>Alguna tensión</b>	<b>Mucha tensión</b>	<b>No aplica</b>				
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"/>				
		<b>Sin dificultad</b>	<b>Alguna dificultad</b>	<b>Mucha dificultad</b>	<b>No aplica</b>				
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"/>	<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...**

<b>1 He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:</b>				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Igual que siempre	Ahora, no tanto como siempre	Ahora, mucho menos	No, nada en absoluto	
<b>2 He mirado las cosas con ilusión:</b>				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
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	
<b>3* Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal:</b>				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sí, la mayor parte del tiempo	Sí, a veces	No muy a menudo	No, en ningún momento	
<b>4 Me he sentido nerviosa o preocupada sin tener motivo:</b>				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
No, en ningún momento	Casi nunca	Sí, algunas veces	Sí, con mucha frecuencia	
<b>5* He sentido miedo o he estado asustada sin motivo:</b>				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sí, bastante	Sí, a veces	No, no mucho	No, en absoluto	
<b>6* Las cosas me han agobiado:</b>				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
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	
<b>7* Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir:</b>				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sí, la mayor parte del tiempo	Sí, a veces	No muy a menudo	No, en ningún momento	
<b>8* Me he sentido triste o desgraciada:</b>				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sí, la mayor parte del tiempo	Sí, bastante a menudo	No con mucha frecuencia	No, en ningún momento	
<b>9* Me he sentido tan infeliz que he estado llorando:</b>				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sí, la mayor parte del tiempo	Sí, bastante a menudo	Sólo en alguna ocasión	No, en ningún momento	
<b>10* He tenido pensamientos de hacerme daño:</b>				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
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 . . . . .	<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"/>						
		<b>Nunca</b>	<b>A Veces</b>	<b>Frecuentemente</b>					
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"/>					
		<b>No hay tensión</b>	<b>Alguna tensión</b>	<b>Mucha tensión</b>	<b>No aplica</b>				
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"/>				
		<b>Sin dificultad</b>	<b>Alguna dificultad</b>	<b>Mucha dificultad</b>	<b>No aplica</b>				
7	Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
		<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
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...**

<b>1 He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:</b>				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Igual que siempre	Ahora, no tanto como siempre	Ahora, mucho menos	No, nada en absoluto	
<b>2 He mirado las cosas con ilusión:</b>				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
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	
<b>3* Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal:</b>				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sí, la mayor parte del tiempo	Sí, a veces	No muy a menudo	No, en ningún momento	
<b>4 Me he sentido nerviosa o preocupada sin tener motivo:</b>				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
No, en ningún momento	Casi nunca	Sí, algunas veces	Sí, con mucha frecuencia	
<b>5* He sentido miedo o he estado asustada sin motivo:</b>				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sí, bastante	Sí, a veces	No, no mucho	No, en absoluto	
<b>6* Las cosas me han agobiado:</b>				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
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	
<b>7* Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir:</b>				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sí, la mayor parte del tiempo	Sí, a veces	No muy a menudo	No, en ningún momento	
<b>8* Me he sentido triste o desgraciada:</b>				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sí, la mayor parte del tiempo	Sí, bastante a menudo	No con mucha frecuencia	No, en ningún momento	
<b>9* Me he sentido tan infeliz que he estado llorando:</b>				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sí, la mayor parte del tiempo	Sí, bastante a menudo	Sólo en alguna ocasión	No, en ningún momento	
<b>10* He tenido pensamientos de hacerme daño:</b>				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
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).



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"/>



© 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"/> 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						
		<b>Nunca</b>	<b>A Veces</b>	<b>Frecuentemente</b>					
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"/>					
		<b>No hay tensión</b>	<b>Alguna tensión</b>	<b>Mucha tensión</b>	<b>No aplica</b>				
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"/>				
		<b>Sin dificultad</b>	<b>Alguna dificultad</b>	<b>Mucha dificultad</b>	<b>No aplica</b>				
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...**

<b>1 He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:</b>				
<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	
<b>2 He mirado las cosas con ilusión:</b>				
<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	
<b>3* Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal:</b>				
<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	
<b>4 Me he sentido nerviosa o preocupada sin tener motivo:</b>				
<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	
<b>5* He sentido miedo o he estado asustada sin motivo:</b>				
<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	
<b>6* Las cosas me han agobiado:</b>				
<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	
<b>7* Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir:</b>				
<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	
<b>8* Me he sentido triste o desgraciada:</b>				
<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	
<b>9* Me he sentido tan infeliz que he estado llorando:</b>				
<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	
<b>10* He tenido pensamientos de hacerme daño:</b>				
<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
<b>1</b> ¿Hay alguien que vive con su niño que fuma tabaco?	<input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N
<b>2</b> ¿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
<b>3</b> ¿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
<b>4</b> ¿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
<b>5</b> 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
<b>6</b> ¿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
<b>7</b> ¿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
<b>8</b> 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
<b>9</b> Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>10</b> 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
<b>Su niño/a...</b>			
¿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
<b>Es difícil...</b>			
¿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
<b>Su niño/a...</b>			
¿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
<b>Es difícil...</b>			
¿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
<b>Su niño/a...</b> ¿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"/>
<b>Es difícil...</b> ¿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
<b>Su niño/a...</b> ¿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"/>
<b>Es difícil...</b> ¿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™ :

## 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
<b>Su niño/a...</b>			
¿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"/>
<b>Es difícil...</b>			
¿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
<b>Su niño/a...</b>			
¿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
<b>Es difícil...</b>			
¿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
---	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------