

Cuestionario de examen pediátrico de 2 años y 6 meses.

No.

Nombre : Distrito escolar : ()

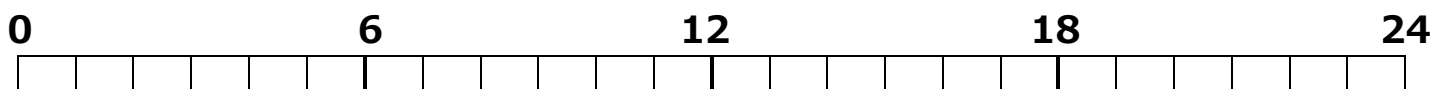
Fecha de nacimiento : año mes día

En caso de consultas y preguntas sobre su niño/niña, escríbalo aquí.

1. ¿Puede saltar con las piernas juntas? (Sí • No)
2. ¿Dibuja un círculo diciendo “bubu bubu(éste es un carro.)”? (Sí • No)
3. ¿Come usando el tenedor o la cuchara por sí mismo? (Sí • No)
4. En caso de mostrar un libro ilustrado y preguntar a su niño/niña ,
puede contestar correctamente señalando con su dedo. (años meses)
5. Puede hablar una frase con dos o más palabras.
Por ejemplo, “Vamos afuera.” o “Está durmiendo un perro. (años meses)
Escriba las palabras que habla su niño/niña recientemente.
()
6. ¿Tiene alguna preocupación sobre el idioma y las palabras de su niño/niña?
(No • Sí)
7. ¿Su niño/niña es interesado en nuevas palabras preguntándole “¿Qué es esto?” (Sí • No)
8. ¿Disfruta su niño/niña jugando que pretende con muñecas como si fueran reales? (Sí • No)
9. ¿Puede distinguir entre grande y pequeño pidiendo la opción de más grande? (Sí • No)
10. ¿Insiste en hacer las cosas por sí mismo y no quiere pedir ayuda a los adultos (Sí • No)
11. ¿Puede escoger la ropa y los zapatos por sí mismo si se le hace ? (Sí • No)
12. ¿Puede parar lo que está haciendo su niño/niña
después le dice, “puede hacer solamente una vez más.”. (Sí • No)
13. Marque con los círculos a todas las siguientes cosas que muestra su niño/niña.
 - Es bruto. • Es inquieto. • Tiene alguna hábito notable.
 - Repite el mismo juego por sí solo. • Lloro por la noche. • Se asusta y tiene mucho miedo.
 - Es puntual demasiado. • No puede jugar con sus amigos.
14. ¿Siente pesado cuando sale con su niño/niña? (No • Sí)
15. ¿Siente Vd. a menudo irritado o frustrado por la crianza de su niño/niña?
(No • No poder contestar • Sí)
16. ¿Tiene alguna cosa que quiere consultar sobre Vd. mismo? (No • Sí)
()

Continúa al dorso

17. ¿Tiene alguna preocupación sobre los ojos y las orejas de su niño/niña?
(No • Sí)
18. ¿Ha tenido convulsiones sin fiebre y/o con fiebre repetidas veces? (No • Sí)
19. ¿Ha tenido enfermedad seria o lesión grave? (No • Sí)
20. ¿Qué usa su niño/niña como ropa interior? (Calzoncillos • Pañal)
21. ¿Cuando su niño/niña ve lo que hacen los adultos, intenta a ayudarlos? (Sí • No)
22. Marque con círculo las comidas que tome su niño/niña.
(Desayuno • Almuerzo • Cena)
23. ¿Come junto con su familia? (Sí • No)
24. ¿Tiene oportunidades de jugar con los amigos? (Sí • No)
25. ¿Le interesa a su niño/niña en los amigos? (Sí • No)
26. ¿Cómo juega normalmente?
(Guardía • Jardín de infancia • Otros)
(Dentro de casa
Fuera de casa)
27. Frecuencia de caminar o jugar a fuera. (____ veces a la semana)
28. Ritmo del día. (Pinte con negro a los espacios de horas cuando duerme su niño/niña)



29. ¿Cuándo siente divertido Vd. en la crianza de su niño?

()

Sobre la salud de los dientes y la boca.

- ¿Puede cepillar a los dientes? (No • Sí)
En caso de "Sí", ¿Ayuda de adulto? (Sí • No)
(A veces • Todas las mañanas • Todas las noches • Después de comida)
- ¿Chupa los dedos o usa el chupete? (No • Sí)
- ¿Utiliza biberón"? (No • Sí)
En caso de "Sí", Contenido (cc) ¿Cuándo? ()
- ¿Ha terminado la lactancia? (No • Sí)
- Sobre la merienda. (• Regularmente (____ veces al día) • Irregularmente)
(Contenido)
- Bebidas principales (cc de leche) Otros (cc de) (cc de)
- ¿Tiene muy definidos gusto de las comidas? (No • Sí)
- ¿Mastica bien durante las comidas? (Sí • No)