

## Cuestionario de control del crecimiento y desarrollo (2 años y 6 meses)

Furigana		Fecha de nacimiento: / / (año/mes/día)	Familia: composición familiar (excepto el niño/la niña)			
Nombre		N.º de hijo:	parentesco	edad	parentesco	edad
Dirección	Otsu-shi, (Distrito escolar: )					
	¿Planea mudarse dentro de poco?: No · Sí					
	TEL		TEL			
	Contacto 1	Padre · Madre · Abuelo · Abuela · Otros ( )	Contacto 2	Padre · Madre · Abuelo · Abuela · Otros ( )		
Asistencia a guardería: Sí → ( ) Hoikuen, Kodomoen, etc. · No			Talla al nacer: cm		Peso al nacer: g	

◆ Consulte la Libreta de salud materno-infantil u otros registros. Circule la respuesta correspondiente.

Escriba los detalles en los espacios indicados.

A Desarrollo	1. ¿Salta con los pies juntos?		1 Sí	2 No	
	2. ¿Dibuja un círculo y dice que es algo, por ejemplo "un carro"?		1 Sí	2 No	
	3. Historia de desarrollo	Cuando le muestra un libro con dibujos y le pregunta "¿Dónde está el tren?" o "¿Dónde está el pajarito?", ¿lo señala correctamente?		( ___ años ___ meses)	
		¿Quiere el objeto más grande y usa palabras como "grande" y "pequeño"?		( ___ años ___ meses)	
		¿Dice dos o más palabras seguidas? Por ejemplo, "¡Vamos afuera!" o "El perrito está dormido."		( ___ años ___ meses)	
	4. Escriba las palabras que su hijo/a dice últimamente tal como las dice.		[ ]		
	5. ¿Pregunta "¿Qué es esto?" mostrando interés por las palabras?		1 Sí	2 No	
6. ¿Juega a hacer de cuenta con otras personas, por ejemplo abrazando una muñeca como si fuera un bebé?		1 Sí	2 No		
7. ¿Hay algo que le preocupe el comportamiento de su hijo/a?		1 No	2 Sí		
B Médico habitual y enfermedad actual	8. ¿Ha tenido alguna enfermedad grave o está en tratamiento actualmente?		1 No	2 Sí ( )	
	9. ¿Tiene un dentista habitual?		1 Sí	2 No	
C Hábitos de vida	10. ¿Se chupa el dedo o usa chupete?		1 No	2 Sí	
	11. ¿Tiene horarios fijos para las comidas y las meriendas?		1 Sí	2 No	
	12. ¿Toma con frecuencia bebidas dulces como jugos?		1 No	2 Sí	
	13. ¿Un adulto le cepilla los dientes todos los días?	1 El adulto realiza el cepillado final después de que el niño/la niña se cepilla los dientes.		1	
		2 El niño/la niña no se cepilla los dientes por sí mismo/a; un adulto se los cepilla.		2	
		3 El niño/la niña se cepilla los dientes solo/a.		3	
		4 Ni el niño/la niña ni un adulto le cepilla los dientes.		4	
	14. ¿Cuánto tiempo al día mira su hijo/a la televisión, la tableta o el celular?		En total: ___ horas		
	15. ¿Tiene oportunidades en jugar con otros niños?		1 Sí	2 No	
	16. ¿Muestra interés en jugar con otros niños?		1 Sí	2 No	
17. ¿A qué suele jugar su hijo/a?		en casa ( ) fuera de casa ( )			
18. Sobre el ritmo de vida (Sombree las horas en que duerme.)		0                      6                      12                      18                      24			
D Alimentación	19. Marque con un círculo las comidas que consume actualmente.		Desayuno · Almuerzo · Cena		
	20. ¿Come solo/a con la cuchara, el tenedor o los palillos?		1 Sí	2 No	
	21. ¿Come con su familia?		1 Sí	2 No	
E Crianza	22. ¿En qué momentos disfruta de la crianza?		[ ]		
	23. ¿Le resulta difícil salir con su hijo/a?		1 No	2 Sí	
	24. ¿A menudo se siente irritado/a o le resulta difícil la crianza?		1 No	2 No sabría decir	
			3 Sí (¿Cuándo?: )		
25. Si tiene alguna consulta adicional, o alguna preocupación, escríbala aquí.		[ ]			

Si desea consultar algo más sobre usted mismo/a (salud, relaciones familiares, etc.), escríbalo aquí.