

## Cuestionario de examen pediátrico de 3 años y 6 meses.

No.

Nombre : \_\_\_\_\_ Distrito escolar : ( \_\_\_\_\_ )

Fecha de nacimiento : \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ día

※Por favor, rellene el "cuestionario sobre la audición del oído del niño" en la página inicial del libreta del bebé y lleve a cabo el "examen de susurros".

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

1. ¿Puede subir la escalera por sí mismo sacando los pies alternativamente? ( Sí • No )
2. ¿Se ha preocupado la manera de caminar y correr de su niño/niña? ( No • Sí )
3. ¿Puede sostener las tijeras en una mano correctamente? ( Sí • No )
4. ¿Puede decir su propio apellido y nombre? ( Sí • No )
5. ¿Puede contestar a la pregunta del adulto con más de 3 palabras? ( No • Sí )

En caso de Sí, escriba algunos ejemplos como "Jugué fuera en el tobogán".

Pregunta [ \_\_\_\_\_ ]

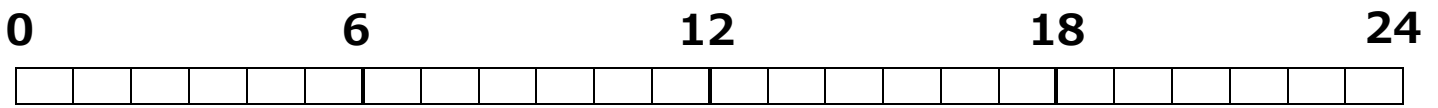
Respuesta [ \_\_\_\_\_ ]

6. ¿Tiene Vd. alguna preocupación sobre la pronunciación de su niño/niña?  
( No • Sí )
7. ¿Juega con sus amigos imitando cocina y comida? ( Sí • A veces. • No mucho. )
8. Marque con los círculos a todas las siguientes cosas que muestra su niño/niña.
  - Es brutco. • Es inquieto. • Tiene alguna hábito notable.
  - Repite el mismo juego por sí mismo. • Es demasiado tranquilo
  - Es vacilante en participar en un grupo. • Es puntual demasiado.
  - No puede jugar con sus amigos. • Se asusta y tiene mucho miedo.
9. ¿Siente Vd. a menudo irritato o frustrado por la crianza de su niño/niña?  
( No • No poder contestar • Sí )
10. ¿Tiene alguna cosa que quiere consultar sobre Vd. mismo? ( No • Sí )  
{ \_\_\_\_\_ }
11. ¿Puede ponerse y quitar la ropa por sí mismo? ( Sí • No )
12. Evacuación durante el día. ( Evacua en el baño. • Está entrenándolo • No lo avisa )
13. ¿Tiene el cargo fijo como miembro de la familia? ( Sí • No )  
{ Contenido \_\_\_\_\_ }



Continúa al dorso

14. ¿Puede comer la comida por sí mismo? ( No • Sí ( Palillos • Cuchara • Manos ) )
15. ¿Tiene alguna preocupación sobre los ojos y las orejas de su niño?  
( No • Sí )
16. ¿Ha tenido convulsiones sin fiebre y/o con fiebre repetidas veces? ( No • Sí )
17. Marque con círculo las comidas que tome su niño/niña. ( Desayuno • Almuerzo • Cena )
18. ¿Come junto con su familia? ( Sí • No )
19. ¿Tiene oportunidades de jugar con los amigos? ( Sí • No )
20. ¿Cómo juega normalmente? ( Guardía • Jardín de infancia • Otros )  
( Dentro de casa )  
( Fuera de casa )
21. Frecuencia de caminar o jugar a fuera. ( \_\_\_ veces a la semana )
22. Ritmo del día. (Pinte con negro a los espacios de horas cuando duerme niño/niña.)



23. ¿Cuándo siente divertido Vd. en la crianza de su niño/niña?  
( \_\_\_\_\_ )

Sobre la salud de los dientes y la boca.

- ¿Puede cepillar a los dientes?  
( No • Sí (¿Ayuda de adulto? ( Sí • No ) )  
( A veces • Todas las mañanas • Todas las noches • Después de cada comida)
- ¿Chupa los dedos o usa el chupete? ( 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 )

