



# 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 . . . . .	0	1	2
Se lava y se seca las manos sin ayuda (incluso si usted abrae el agua) . . . . .	0	1	2
Hace preguntas que empiezan con "por qué" o "cómo" – por ejemplo "¿Por qué no galleta?" . . . . .	0	1	2
Explica el por qué de las cosas, por ejemplo necesitar un abrigo cuando hace frío . . . . .	0	1	2
Compara cosas usando palabras como "más grande" o "más corto" . . . . .	0	1	2
Contesta preguntas como "¿Qué haces cuando tienes frío?" o "¿...cuando tienes sueño?" . . . . .	0	1	2
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 en plural 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

### 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, ¿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
---	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------