

TALLER DE EVALUACION PSICOSOCIAL (2 AÑOS Y 8 MESES)

Ambiente		Tiene problemas relacionados con el ambiente como		
	1	Pocas habitaciones por el número de integrantes	NO	SI
	2	Tiene baño instalado	SI	NO
	3	Tiene agua corriente	SI	NO
	4	El barrio es seguro	SI	NO
	5	Los integrantes de la familia beben alcohol	NO	SI
	6	Vive en un departamento con balcón no protegido	NO	SI
	7	Tiene una piscina no protegida	NO	SI
	8	Tiene espacios de agua cerca	NO	SI
	9	Hay armas en la casa	NO	SI
	10	Esas armas ,están bien guardadas	SI	NO
Tóxicos		Está el niño en contacto con sustancias tóxicas como:		
	12	Alcohol	NO	SI
	13	Tabaco	NO	SI
	14	Plomo	NO	SI

Tóxicos	15	Arsénico	NO	SI
	16	Medicamentos	NO	SI
	17	Productos químicos de limpieza	NO	SI
Conducta	18	¿Tiene berrinches en forma frecuente?	NO	SI
	19	¿Tiene llanto excesivo en forma frecuente?	NO	SI
	20	¿Tuvo un espasmo del sollozo?	NO	SI
	21	¿Tiene para el algún objeto transicional	SI	NO
	22	¿Usa chupete como autosatisfacción?	NO	SI
	23	¿Tiene miedos?	NO	SI
	24	¿Responde bien cuando Ud. le llama la atención?	SI	NO
	25	¿Le gusta que le lean cuentos?	SI	NO
	26	¿Es celoso?	NO	SI
	27	¿Tiene actitudes agresivas?	NO	SI
	28	¿Tiene pica?	NO	SI
	29	¿Presenta masturbaciones?	NO	SI
Hábito Alimentación	30	¿Se duerme con el biberón?	NO	SI
	31	¿Come bien? ¿Tiene apetito?	SI	NO

Hábito Alimentación	32	¿Come variado?	SI	NO
	33	¿Come frutas y verduras?	SI	NO
	34	¿Toma gaseosas o jugos industrializados?	NO	SI
	35	¿Ingiere leche y lácteos?	SI	NO
	36	¿Toma en taza?	SI	NO
	37	¿Come con cubiertos?	SI	NO
	38	¿Hay problemas a la hora de la comida?	NO	SI
	39	¿Come arena, tierra u otra cosa que no sea comida?	NO	SI
Hábito Evacuatorio		Tiene problemas con defecación durante un mes como:		
	40	Dos o menos deposiciones por semana	NO	SI
	41	Historia de retención fecal excesiva	NO	SI
	42	Historia de defecación dolorosa o de deposiciones duras	NO	SI
	43	Historia de deposiciones voluminosas	NO	SI
	44	Presencia de una gran masa fecal en el recto	NO	SI
	45	Cuatro o más deposiciones sueltas diarias indoloras	NO	SI
	46	Diarrea mayor de cuatro semanas.	NO	SI
	47	¿Orina menos de cuatro veces por día?	NO	SI

Hábito Evacuatorio	48	¿Controla ya esfínteres en el día?	SI	NO
	49	¿Controla ya esfínteres en la noche?	SI	NO
Hábito Sueño	50	¿Duerme solo en la habitación?	SI	NO
	51	¿Duerme siesta?	SI	NO
	52	¿Se rehúsa a ir a la cama?	NO	SI
	53	¿Tiene insomnio, pesadillas u otros problemas durante el sueño?	NO	SI
Lenguaje	54	¿Pronuncia más de 50 palabras?	SI	NO
	55	¿Utiliza frases de 3 a 5 palabras?	SI	NO
Escuela	56	¿Concorre a la guardería?	SI	NO
Personalidad		¿Cuál de estas características concuerda más con la personalidad de su hijo?		
	57	Nervioso	NO	SI
	58	Hiperactivo	NO	SI
	59	Inquieto	NO	SI
	60	Tranquilo	SI	NO
	61	Retraído y apático	NO	SI
	62	Asustadizo	NO	SI

Independencia	63	¿Tiene signos de independencia, quiere hacer las cosas solo, no permite que le ayude al subir escaleras	SI	NO
	64	¿Se pone irritable o ansioso frente a extraños o al separarse de su familia	NO	SI
	65	¿Se le debe dar de comer?	NO	SI
Situación familiar	66	¿Es una familia numerosa?	NO	SI
	67	¿Ud. lo mimas, expresa cariño?	SI	NO
	68	¿Cambios en cuanto a la persona que cuida a su hijo?	NO	SI
	69	Mudanzas	NO	SI
	70	Mascotas	NO	SI
	71	Muertes	NO	SI
	72	Separación de padres	NO	SI
	73	¿Existe rivalidad entre hermanos?	NO	SI
	74	¿Hubo alguna situación de violencia familiar?	NO	SI
	75	¿Hay castigos hacia los niños cuando se portan mal?	SI	NO
	76	¿La situación económica es regular o mala?	NO	SI
77	¿La pareja tiene privacidad?	SI	NO	

Situación familiar	78	Uds., los padres ¿le pone/n limite/s al/los niño/s?	SI	NO
	79	Si uno le pone límites el otro ¿lo contradice?	NO	SI
	80	¿Pasa mucho tiempo fuera el padre o la madre fuera de casa?	NO	SI
	81	¿La madre trabaja?	NO	SI
	82	¿Tiene a alguien para cuidar de su bebe cuando UD sale?	SI	NO
	83	¿Coopera el niño con las tareas de la casa?	SI	NO
	84	¿Se sienten bien los hermanos con el bebé?	SI	NO
	85	¿Juega UD o ambos con el niño todos los días?	SI	NO
	86	¿Le brinda atención y afecto?	SI	NO
	87	¿Se sienten bien los integrantes de la familia?	SI	NO
	88	¿Se relaciona bien el niño con ustedes?	SI	NO
	89	¿Conviven los padres con el niño?	SI	NO
	90	¿Alguien en la familia es adicto al tabaco alcohol o drogas?	NO	SI
91	¿Le administra de vez en cuando medicación casera?	NO	SI	

Situación familiar	92	¿Juega imitando situaciones cotidianas?	SI	NO
---------------------------	-----------	---	----	----