

TALLER DE EVALUACION PSICOSOCIAL (2 AÑOS Y 4 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?	NO	SI
	22	¿Usa chupete como autosatisfacción?	NO	SI
	23	¿Tiene miedos?	NO	SI
	24	¿Señala partes del cuerpo?	SI	NO
	25	¿Responde bien cuando Ud. le llama la atención?	SI	NO
	26	¿Le gusta que le lean cuentos?	SI	NO
	27	¿Tiene picas?	NO	SI
Hábito Alimentación	28	¿Se duerme con el biberón?	NO	SI
	29	¿Come bien? ¿Tiene apetito?	SI	NO
	30	¿Come variado?	SI	NO
	31	¿Come frutas y verduras?	SI	NO

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

Hábito Sueño	48	¿Duerme solo en la habitación?	SI	NO
	49	¿Duerme siesta?	SI	NO
	50	¿Se rehúsa a ir a la cama?	NO	SI
	51	¿Tiene insomnio, pesadillas u otros problemas durante el sueño?	NO	SI
Lenguaje	52	¿Pronuncia más de 20 palabras?	SI	NO
	53	¿Señala los objetos que nombra?	SI	NO
	54	¿Reconoce figuras de un libro?	SI	NO
	55	¿Reconoce familiares?	SI	NO
	56	¿Forma frase de tres palabras (sujeto, verbo y complemento)?	SI	NO
Escuela	57	¿Concorre a la guardería?	SI	NO
Personalidad		¿Cuál de estas características concuerda más con la personalidad de su hijo?		
	58	Nervioso	NO	SI
	59	Hiperactivo	NO	SI
	60	Inquieto	NO	SI
	61	Tranquilo	SI	NO
	62	Retraído y apático	NO	SI
	63	Asustadizo	NO	SI

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

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