

TALLER DE EVALUACION PSICOSOCIAL (10 AÑOS Y 6 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	Hay armas en la casa	NO	SI
	7	Esas armas ,están bien guardadas	SI	NO
Conducta	8	Tiene un lugar para sus cosas personales	SI	NO
	9	¿Tiene miedos?	NO	SI
	10	¿Es desobediente?	NO	SI
	11	¿Tiene actitudes agresivas?	NO	SI
	12	¿Le nota signos de timidez en algunas reacciones?	NO	SI
	13	¿Presenta periodos de atención cortos? No termina sus cosas	NO	SI
	14	¿Es contestador?	NO	SI
	15	¿Presenta masturbaciones?	NO	SI

Conducta	16	¿Se come las uñas?	NO	SI
	17	¿Tiene problemas para jugar con otros niños?	NO	SI
	18	¿Tiene conductas de oposición en la escuela?	NO	SI
	19	¿Notó que alguna cosa lo pone triste?	NO	SI
	20	¿Habló de los problemas con Ud.?	SI	NO
	21	¿Ha tenido alguna vez un maltrato?	NO	SI
	22	¿Es cruel con los animales?	NO	SI
Hábito Alimentación	23	¿Come bien? ¿Tiene apetito?	SI	NO
	24	¿Come variado?	SI	NO
	25	¿Come carne y cereales?	SI	NO
	26	¿Come las cuatro comidas y la colación?	SI	NO
	27	¿Come frutas y verduras?	SI	NO
	28	¿Toma gaseosas o jugos industrializados?	NO	SI
	29	¿Ingiere leche y lácteos?	SI	NO
	30	¿Come comida chatarra seguido?	NO	SI
	31	¿Come con su familia y dialogan mientras comen?	SI	NO
	32	¿Picotea?	NO	SI

Hábito Alimentación	33	¿Hay problemas a la hora de la comida?	NO	SI
	34	¿Mira televisión cuando come?	NO	SI
	35	¿Come apurado?	NO	SI
	36	¿Nota que a veces come porque está aburrido?	NO	SI
Hábito Evacuatorio		Tiene problemas con defecación durante un mes como:		
	37	Dos o menos deposiciones por semana en el baño	NO	SI
	38	Un episodio de incontinencia fecal por semana	NO	SI
	39	Retención fecal excesiva voluntaria	NO	SI
	40	Defecación dolorosa o de deposiciones duras	NO	SI
	41	Presencia de una gran masa fecal en el recto	NO	SI
	42	Deposiciones voluminosas que tapan el baño	NO	SI
	43	Defecación en lugares inapropiados más de un mes	NO	SI
	44	¿Se hizo caca encima más de tres meses por lo menos una vez por mes?	NO	SI
	45	¿Orina menos de cuatro veces por día?	NO	SI
	46	Se hizo pis encima dos meses seguido a razón de dos veces por semana	NO	SI
	47	¿Va al baño cuando está lugar fuera de su casa?	SI	NO
48	¿Se levanta a la noche para orinar?	NO	SI	

Hábito Sueño	49	¿Duerme solo en la habitación?	SI	NO
	50	¿Duerme siesta?	SI	NO
	51	¿Tiene insomnio, pesadillas u otros problemas durante el sueño?	NO	SI
	52	¿Si duerme en cama cucheta, esta tiene barandas?	SI	NO
	53	¿Duerme las horas indicadas?	SI	NO
	54	¿Se levanta cansado?	NO	SI
Escuela	55	¿Hace solo las tareas?	SI	NO
	56	¿Tuvo problemas con el aprendizaje?	NO	SI
	57	¿Tiene un buen rendimiento escolar?	SI	NO
	58	¿Le gusta estudiar y aprender?	SI	NO
	59	¿Es prolijo?	SI	NO
	60	¿Falta frecuentemente a la escuela?	NO	SI
	61	Uds. los padres ¿están de acuerdo con la escuela?	SI	NO
	62	¿Notó algún acto de violencia o discriminación en la escuela?	NO	SI
	63	¿Pasó bien de año?	SI	NO
	64	¿Tiene problemas de conducta?	NO	SI
65	¿Se cansa seguido?	NO	SI	

Escuela	66	¿Alguna vez se escapó de la escuela?	NO	SI
	67	¿Lee y escribe bien?	SI	NO
	68	¿Tuvo problemas con las matemáticas?	NO	SI
Personalidad		¿Cuál de estas características concuerda más con la personalidad de su hijo?		
	69	Nervioso	NO	SI
	70	Hiperactivo	NO	SI
	71	Inquieto	NO	SI
	72	Tranquilo	NO	SI
	73	Retraído y apático	NO	SI
	74	Agresivo	NO	SI
	75	Asustadizo	NO	SI
	76	Tímido	NO	SI
	77	Inseguro	NO	SI
	78	¿Tiene una competitividad excesiva?	NO	SI
		Presenta comportamientos antisociales como:		
	79	Conducta agresiva	NO	SI
79	Conducta destructiva	NO	SI	

Personalidad	79	Falsedad	NO	SI
	79	Violación de reglas	NO	SI
	80	¿Lo nota con poca autoestima?	NO	SI
	81	¿Le resulta fácil expresar lo que siente?	SI	NO
	82	¿Le expresó alguna vez ideas de suicidio?	NO	SI
Independencia	83	¿Tiene signos de independencia como peinarse, intenta cocinar, etc.?	SI	NO
	84	¿Le gusta leer?	SI	NO
	85	¿Se queda a dormir solo en la casa de algún familiar?	SI	NO
	86	¿Viaja solo, sale solo a la calle?	NO	SI
	87	¿Cuida sus útiles escolares, ordena bien su mochila escolar?	SI	NO
	88	¿Se lava y baña solo?	SI	NO
	89	¿Usa casco?	SI	NO
	90	¿Sabe nadar?	SI	NO
	91	¿Ordena sus juguetes, sus cosas?	SI	NO
	92	¿Se compra solo la ropa?	SI	NO
	93	¿Sabe andar en bicicleta?	SI	NO
	94	¿Está consciente de normas de prevención (al cruzar la calle con extraños)?	SI	NO

Independencia	95	¿Usa patines?	SI	NO
	96	¿Tiene alguna meta deportiva, o de estudio para este año?	SI	NO
	97	¿Tiene algún trabajo?	NO	SI
Hábitos de esparcimiento	98	¿Ve televisión más de dos horas por día?	NO	SI
	98	¿Está mucho tiempo sobre la computadora o juegos electrónicos, celulares?	NO	SI
	99	¿Realiza actividades extraescolares?	SI	NO
	100	¿Le nota sentido del tiempo?	SI	NO
	101	¿El eligió las actividades extraescolares?	SI	NO
	102	¿Tiene actividades al aire libre?	SI	NO
	103	¿Comparte actividad deportiva con sus padres?	SI	NO
	104	¿Practica algún deporte?	SI	NO
	105	¿Es un niño sedentario?	NO	SI
	106	¿Maneja su propio dinero?	SI	NO
Otros hábitos	107	¿Se cepilla los dientes dos veces por día o luego de ingerir golosinas?	SI	NO
	108	Fuma	NO	SI
	109	Toma bebidas alcohólicas	NO	SI
	110	Consume alguna sustancia	NO	SI

Relaciones con otras personas	111	¿Es el niño amistoso con otras personas?	SI	NO
	112	¿Respeto sentimientos y actitudes de los adultos?	SI	NO
	113	¿Juega esporádicamente?	SI	NO
	114	¿Se relaciona bien con otros niños?	SI	NO
	115	¿Se lleva bien con los amigos de la escuela?	SI	NO
	116	¿Se queda a dormir en la casa de otros chicos?	SI	NO
Desarrollo	117	¿Notó que su hijo tiene preocupaciones con su cuerpo o apariencia física?	NO	SI
	118	¿Habla con su hijo sobre temas de su desarrollo?	SI	NO
	119	¿Notó que su hijo tiene preocupaciones con su desarrollo sexual?	NO	SI
	120	¿Conversa con Ud. temas sexuales?	SI	NO
	121	¿Le preguntó su hijo temas como la homosexualidad?	SI	NO
Situación familiar	122	Mudanzas	NO	SI
	123	Mascotas	NO	SI
	124	Enfermedades	NO	SI
	125	Muertes	NO	SI
	126	Separación de padres	NO	SI
	127	¿Existe rivalidad entre hermanos?	NO	SI

Situación familiar	128	¿Hubo alguna situación de violencia familiar?	NO	SI
	129	¿Hay castigos hacia los niños cuando se portan mal?	SI	NO
	130	¿La situación económica es regular o mala?	NO	SI
	131	Uds. los padres ¿le pone/n limite/s al/los niño/s?	SI	NO
	132	Si uno le pone límites el otro ¿lo contradice?	NO	SI
	133	¿La madre trabaja?	NO	SI
	134	¿El niño se queda solo mucha parte del día?	NO	SI
	135	¿Coopera el niño con las tareas de la casa?	SI	NO
	136	¿Se relaciona bien el niño con ustedes?	SI	NO
	137	¿Conviven los padres con el niño?	SI	NO
	138	¿Se siente Ud. una persona que controla la actividad de su hijo?	NO	SI
	139	¿Ha existido algún episodio de tensión en la familia usual o inesperada?	NO	SI
	140	¿Alguien en la familia es adicto al tabaco alcohol o drogas?	NO	SI
	141	¿Le administra de vez en cuando medicación casera?	NO	SI
	142	¿Conversó con su hijo sobre normas de prevención de tránsito?	SI	NO
143	¿Conversó con su hijo sobre qué le gustaría hacer en el futuro?	SI	NO	