

## TALLER DE EVALUACION PSICOSOCIAL (11 AÑOS Y 6 MESES)

<b>Ambiente</b>		Tiene problemas relacionados con el ambiente como		
	<b>1</b>	Pocas habitaciones por el número de integrantes	NO	SI
	<b>2</b>	Tiene baño instalado	SI	NO
	<b>3</b>	Tiene agua corriente	SI	NO
	<b>4</b>	El barrio es seguro	SI	NO
	<b>5</b>	Los integrantes de la familia beben alcohol	NO	SI
	<b>6</b>	Hay armas en la casa	NO	SI
	<b>7</b>	Esas armas ,están bien guardadas	SI	NO
<b>Conducta</b>	<b>8</b>	Tiene un lugar para sus cosas personales	SI	NO
	<b>9</b>	¿Tiene miedos?	NO	SI
	<b>10</b>	¿Es desobediente?	NO	SI
	<b>11</b>	¿Tiene actitudes agresivas?	NO	SI
	<b>12</b>	¿Le nota signos de timidez en algunas reacciones?	NO	SI
	<b>13</b>	¿Presenta periodos de atención cortos? No termina sus cosas.	NO	SI
	<b>14</b>	¿Es contestador?	NO	SI
	<b>15</b>	¿Presenta masturbaciones?	NO	SI

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

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

<b>Hábito Sueño</b>	<b>49</b>	¿Duerme siesta?	SI	NO
	<b>50</b>	¿Tiene insomnio, pesadillas u otros problemas durante el sueño?	NO	SI
	<b>51</b>	¿Si duerme en cama cucheta, esta tiene barandas?	SI	NO
	<b>52</b>	¿Duerme las horas indicadas?	SI	NO
	<b>53</b>	¿Se levanta cansado?	NO	SI
<b>Escuela</b>	<b>54</b>	¿Hace solo las tareas?	SI	NO
	<b>55</b>	¿Tuvo problemas de adaptación en la escuela?	NO	SI
	<b>56</b>	¿Tiene un buen rendimiento escolar?	SI	NO
	<b>57</b>	¿Falta frecuentemente a la escuela?	NO	SI
	<b>58</b>	¿Notó algún acto de violencia o discriminación en la escuela?	NO	SI
	<b>59</b>	¿Pasó bien de año?	SI	NO
	<b>60</b>	¿Tiene problemas de conducta?	NO	SI
	<b>61</b>	¿Se cansa seguido?	NO	SI
<b>62</b>	¿Tuvo problemas con las matemáticas?	NO	SI	
<b>Personalidad</b>		¿Cuál de estas características concuerda más con la personalidad de su hijo?		
	<b>63</b>	Nervioso	NO	SI
	<b>64</b>	Hiperactivo	NO	SI

<b>Personalidad</b>	65	Inquieto	NO	SI
	66	Tranquilo	NO	SI
	67	Retraído y apático	NO	SI
	68	Agresivo	NO	SI
	69	Tímido	NO	SI
	70	Inseguro	NO	SI
	71	¿Tiene una competitividad excesiva?	NO	SI
		Presenta comportamientos antisociales como:		
	72	Conducta agresiva	NO	SI
	72	Conducta destructiva	NO	SI
	72	Falsedad	NO	SI
	72	Violación de reglas	NO	SI
	73	¿Lo nota con poca autoestima?	NO	SI
	74	¿Le resulta fácil expresar lo que siente?	SI	NO
75	¿Le expresó alguna vez ideas de suicidio?	NO	SI	
<b>Independencia</b>	76	¿Tiene signos de independencia como peinarse, intenta cocinar, etc.?		
	77	¿Le gusta leer?	SI	NO

<b>Independencia</b>	<b>78</b>	¿Se queda a dormir solo en la casa de algún familiar?	SI	NO
	<b>79</b>	¿Viaja solo, sale solo a la calle?	NO	SI
	<b>80</b>	¿Cuida sus útiles escolares, ordena bien su mochila escolar?	SI	NO
	<b>81</b>	¿Usa casco?	SI	NO
	<b>82</b>	¿Sabe nadar?	SI	NO
	<b>83</b>	¿Ordena sus juguetes, sus cosas?	SI	NO
	<b>84</b>	¿Se compra solo la ropa?	SI	NO
	<b>85</b>	¿Está consciente de normas de prevención (al cruzar la calle con extraños)?	SI	NO
	<b>86</b>	¿Tiene alguna meta deportiva, o de estudio para este año?	SI	NO
	<b>87</b>	¿Tiene algún trabajo?	SI	SI
<b>Hábitos de esparcimiento</b>	<b>88</b>	¿Ve televisión más de dos horas por día?	NO	SI
	<b>88</b>	¿Está mucho tiempo sobre la computadora o juegos electrónicos, celulares?	NO	SI
	<b>89</b>	¿Realiza actividades extraescolares?	SI	NO
	<b>90</b>	¿El eligió las actividades extraescolares?	SI	NO
	<b>91</b>	¿Tiene actividades al aire libre?	SI	NO
	<b>92</b>	¿Comparte actividad deportiva con sus padres?	SI	NO

<b>Hábitos de esparcimiento</b>	<b>93</b>	¿Practica algún deporte?	SI	NO
	<b>94</b>	¿Es un niño sedentario?	NO	SI
	<b>95</b>	¿Maneja su propio dinero?	SI	NO
<b>Otros hábitos</b>	<b>96</b>	¿Se cepilla los dientes dos veces por día o luego de ingerir golosinas?	SI	NO
	<b>97</b>	Fuma	NO	SI
	<b>98</b>	Toma bebidas alcohólicas	NO	SI
	<b>99</b>	Consume alguna sustancia	NO	SI
<b>Relaciones con otras personas</b>	<b>100</b>	¿Es el niño amistoso con otras personas?	SI	NO
	<b>101</b>	¿Respeta sentimientos y actitudes de los adultos?	SI	NO
	<b>102</b>	¿Juega esporádicamente?	SI	NO
	<b>103</b>	¿Se relaciona bien con otros niños?	SI	NO
	<b>104</b>	¿Se lleva bien con los amigos de la escuela?	SI	NO
	<b>105</b>	¿Se queda a dormir en la casa de otros chicos?	SI	NO
<b>Desarrollo</b>	<b>106</b>	¿Notó que su hijo tiene preocupaciones con su cuerpo o apariencia física?	NO	SI
	<b>107</b>	¿Habla con su hijo sobre temas de su desarrollo?	SI	NO
	<b>108</b>	¿Notó que su hijo tiene preocupaciones con su desarrollo sexual?	SI	SI

<b>Desarrollo</b>	<b>109</b>	¿Conversa con Ud. temas sexuales?	SI	NO
	<b>110</b>	¿Le preguntó su hijo temas como la homosexualidad?	SI	NO
	<b>111</b>	¿Le preguntó sobre contactos con el sexo opuesto y de relaciones sexuales?	SI	NO
<b>Situación familiar</b>	<b>112</b>	Mudanzas	NO	SI
	<b>113</b>	Mascotas	NO	SI
	<b>114</b>	Enfermedades	NO	SI
	<b>115</b>	Muertes	NO	SI
	<b>116</b>	Separación de padres	NO	SI
	<b>117</b>	¿Existe rivalidad entre hermanos?	NO	SI
	<b>118</b>	¿Hubo alguna situación de violencia familiar?	NO	SI
	<b>119</b>	¿Hay castigos hacia los niños cuando se portan mal?	SI	NO
	<b>120</b>	¿La situación económica es regular o mala?	NO	SI
	<b>121</b>	Uds. los padres ¿le pone/n limite/s al/los niño/s?	SI	NO
	<b>122</b>	Si uno le pone límites el otro ¿lo contradice?	NO	SI
	<b>123</b>	¿El niño se queda solo mucha parte del día?	NO	SI
	<b>124</b>	¿Coopera el niño con las tareas de la casa?	SI	NO
	<b>125</b>	¿Se relaciona bien el niño con ustedes?	SI	NO

<b>Situación familiar</b>	<b>126</b>	¿Conviven los padres con el niño?	SI	NO
	<b>127</b>	¿Ha existido algún episodio de tensión en la familia usual o inesperada?	NO	SI
	<b>128</b>	¿Alguien en la familia es adicto al tabaco alcohol o drogas?	NO	SI
	<b>129</b>	¿Le administra de vez en cuando medicación casera?	NO	SI
	<b>130</b>	¿Conversó con su hijo sobre normas de prevención de tránsito?	SI	NO
	<b>131</b>	¿Conversó con su hijo sobre qué le gustaría hacer en el futuro?	SI	NO