

## TALLER DE EVALUACION PSICOSOCIAL (1 AÑO Y 3 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>	Vive en un departamento con balcón no protegido	NO	SI
	<b>7</b>	Tiene una piscina no protegida	NO	SI
	<b>8</b>	Tiene espacios de agua cerca	NO	SI
	<b>9</b>	Hay armas en la casa	NO	SI
	<b>10</b>	Esas armas ,están bien guardadas	SI	NO
<b>Tóxicos</b>		Está el niño en contacto con sustancias tóxicas como:		
	<b>12</b>	Alcohol	NO	SI
	<b>13</b>	Tabaco	NO	SI
	<b>14</b>	Plomo	NO	SI

<b>Tóxicos</b>	<b>15</b>	Arsénico	NO	SI
	<b>16</b>	Medicamentos	NO	SI
	<b>17</b>	Productos químicos de limpieza	NO	SI
<b>Conducta</b>	<b>18</b>	¿Tiene berrinches en forma frecuente?	NO	SI
	<b>19</b>	¿Tiene llanto excesivo en forma frecuente?	NO	SI
	<b>20</b>	¿Tuvo un espasmo del sollozo?	NO	SI
	<b>21</b>	¿Tiene para el algún objeto transicional?	NO	SI
	<b>22</b>	¿Usa chupete como autosatisfacción?	NO	SI
	<b>23</b>	¿Tiene miedos?	NO	SI
	<b>24</b>	¿Señala partes del cuerpo?	SI	NO
	<b>25</b>	¿Tiene pica?	NO	SI
<b>Hábito Alimentación</b>	<b>26</b>	¿Se duerme con el biberón?	NO	SI
	<b>27</b>	¿Come bien? ¿Tiene apetito?	SI	NO
	<b>28</b>	¿Come variado?	SI	NO
	<b>29</b>	¿Come frutas y verduras?	SI	NO
	<b>30</b>	¿Toma gaseosas o jugos industrializados?	NO	SI
	<b>31</b>	¿Ingiere leche y lácteos?	SI	NO

<b>Hábito Alimentación</b>	<b>32</b>	¿Desea seguir dándole el pecho?	SI	NO
	<b>33</b>	¿Toma en taza?	SI	NO
	<b>34</b>	¿Hay problemas a la hora de la comida?	NO	SI
<b>Hábito Evacuatorio</b>		Tiene problemas con defecación durante un mes como:		
	<b>35</b>	Dos o menos deposiciones por semana	NO	SI
	<b>36</b>	Historia de retención fecal excesiva	NO	SI
	<b>37</b>	Historia de defecación dolorosa o de deposiciones duras	NO	SI
	<b>38</b>	Historia de deposiciones voluminosas	NO	SI
	<b>39</b>	Presencia de una gran masa fecal en el recto	NO	SI
	<b>40</b>	Cuatro o más deposiciones sueltas diarias indoloras	NO	SI
	<b>41</b>	Diarrea mayor de cuatro semanas	NO	SI
	<b>42</b>	¿Orina menos de cuatro veces por día?	NO	SI
<b>Hábito Sueño</b>	<b>43</b>	¿Duerme solo en la habitación?	SI	NO
	<b>44</b>	¿Duerme siesta?	SI	NO
	<b>45</b>	¿Se rehúsa a ir a la cama?	NO	SI
	<b>46</b>	¿Tiene insomnio, pesadillas u otros problemas durante el sueño?	NO	SI
	<b>47</b>	¿Se despierta temprano?	NO	SI

<b>Lenguaje</b>	<b>48</b>	¿Pronuncia más de tres palabras?	SI	NO
	<b>49</b>	¿Señala los objetos que nombra?	SI	NO
	<b>50</b>	¿Se comunica con gestos y no con vocalizaciones?	NO	SI
	<b>51</b>	¿Entiende órdenes verbales y sencillas?	SI	NO
<b>Escuela</b>	<b>52</b>	¿Concorre a la guardería?	SI	NO
<b>Personalidad</b>		¿Cuál de estas características concuerda más con la personalidad de su hijo?		
	<b>53</b>	Nervioso	NO	SI
	<b>54</b>	Inquieto	NO	SI
	<b>55</b>	Tranquilo	NO	SI
	<b>56</b>	Retraído y apático	SI	NO
	<b>57</b>	Asustadizo	NO	SI
<b>Independencia</b>	<b>58</b>	¿Tiene signos de independencia, quiere hacer las cosas solo, no permite que le ayude al subir escaleras?	SI	NO
	<b>59</b>	¿Se pone irritable o ansioso frente a extraños o al separarse de su familia?	NO	SI
	<b>60</b>	¿Se le debe dar de comer?	NO	SI

<b>Situación familiar</b>	<b>61</b>	¿Es una familia numerosa?	NO	SI
	<b>62</b>	¿Ud. lo mimas, expresa cariño?	SI	NO
	<b>63</b>	¿Cambios en cuanto a la persona que cuida a su hijo?	NO	SI
	<b>64</b>	Mudanzas	NO	SI
	<b>65</b>	¿Existe rivalidad entre hermanos?	NO	SI
	<b>66</b>	¿Hubo alguna situación de violencia familiar?	NO	SI
	<b>67</b>	¿Hay castigos hacia los niños cuando se portan mal?	SI	NO
	<b>68</b>	¿La pareja tiene privacidad?	SI	NO
	<b>69</b>	¿Pasa mucho tiempo fuera el padre o la madre fuera de casa?	NO	SI
	<b>70</b>	¿La madre trabaja?	NO	SI
	<b>71</b>	¿Tiene a alguien para cuidar de su bebe cuando UD sale?	SI	NO
	<b>72</b>	¿Coopera el niño con las tareas de la casa?	SI	NO
	<b>73</b>	¿Se sienten bien los hermanos con el bebé?	SI	NO
	<b>74</b>	¿Juega UD o ambos con el niño todos los días?	NO	SI
	<b>75</b>	¿Le brinda atención y afecto?	SI	NO