

## TALLER DE EVALUACION PSICOSOCIAL (5 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>	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 miedos?	NO	SI
	<b>20</b>	¿Responde bien cuando Ud. le llama la atención?	SI	NO
	<b>21</b>	¿Es celoso?	NO	SI
	<b>22</b>	¿Tiene actitudes agresivas?	NO	SI
	<b>23</b>	¿Le nota signos de timidez en algunas reacciones?	NO	SI
	<b>24</b>	¿Se chupa el dedo como autosatisfacción?	NO	SI
	<b>25</b>	¿Presenta periodos de atención cortos? No termina las cosas que comienza	NO	SI
	<b>26</b>	¿Es contestador?	NO	SI
	<b>27</b>	¿Presenta masturbaciones?	NO	SI
	<b>28</b>	¿Se come las uñas?	NO	SI
	<b>29</b>	¿Tiene algún juguete favorito?	SI	NO
	<b>30</b>	¿Es cruel con los animales?	NO	SI
	<b>31</b>	¿Come bien? ¿Tiene apetito?	SI	NO

<b>Hábito Alimentación</b>	<b>32</b>	¿Come variado?	SI	NO
	<b>33</b>	¿Come frutas y verduras?	SI	NO
	<b>34</b>	¿Toma gaseosas o jugos industrializados?	NO	SI
	<b>35</b>	¿Ingiere leche y lácteos?	SI	NO
	<b>36</b>	¿Come comida chatarra seguido?	NO	SI
	<b>37</b>	¿Toma en taza?	SI	NO
	<b>38</b>	¿Come con cubiertos?	SI	NO
	<b>39</b>	¿Come con su familia y dialogan mientras comen?	SI	NO
	<b>40</b>	¿Picotea?	NO	SI
	<b>41</b>	¿Hay problemas a la hora de la comida?	NO	SI
	<b>42</b>	¿Mira televisión cuando come?	NO	SI
	<b>43</b>	¿Come arena, tierra u otra cosa que no sea comida?	NO	SI
<b>Hábito Evacuatorio</b>		Tiene problemas con defecación durante un mes como:		
	<b>44</b>	Dos o menos deposiciones por semana en el baño	NO	SI
	<b>45</b>	Un episodio de incontinencia fecal por semana	NO	SI
	<b>46</b>	Retención fecal excesiva voluntaria	NO	SI
	<b>47</b>	Defecación dolorosa o de deposiciones duras	NO	SI

<b>Hábito Evacuatorio</b>	<b>48</b>	Presencia de una gran masa fecal en el recto	NO	SI
	<b>49</b>	Deposiciones voluminosas que tapan el baño	NO	SI
	<b>50</b>	Defecación en lugares inapropiados más de un mes	NO	SI
	<b>51</b>	¿Se hizo caca encima más de tres meses por lo menos una vez por mes?	NO	SI
	<b>52</b>	¿Orina menos de cuatro veces por día?	NO	SI
	<b>53</b>	Se hizo pis encima dos meses seguido a razón de dos veces por semana	NO	SI
	<b>54</b>	¿Va al baño cuando esta lugar fuera de su casa	SI	NO
<b>Hábito Sueño</b>	<b>55</b>	¿Duerme solo en la habitación?	SI	NO
	<b>56</b>	¿Duerme siesta?	SI	NO
	<b>57</b>	¿Se rehúsa a ir a la cama?	NO	SI
	<b>58</b>	¿Tiene insomnio, pesadillas u otros problemas durante el sueño?	NO	SI
	<b>59</b>	¿Si duerme en cama cucheta, esta tiene barandas?	SI	NO
	<b>60</b>	¿Duerme las horas indicadas?	SI	NO
<b>Lenguaje</b>	<b>61</b>	¿Puede clasificar objetos por categorías? ej.: objetos de un mismo color	SI	NO
	<b>62</b>	¿Articula bien las palabras?	SI	NO
	<b>63</b>	¿Presenta tartamudeo?	NO	SI
	<b>64</b>	¿El lenguaje es fluido?	SI	NO

<b>Escuela</b>	<b>65</b>	¿Falta frecuentemente al jardín?	NO	SI
	<b>66</b>	¿Tiene poco rendimiento con su aprendizaje en el jardín?	NO	SI
	<b>67</b>	¿Hace solo las tareas?	SI	NO
<b>Personalidad</b>		¿Cuál de estas características concuerda más con la personalidad de su hijo?		
	<b>68</b>	Nervioso	NO	SI
	<b>69</b>	Hiperactivo	NO	SI
	<b>70</b>	Inquieto	NO	SI
	<b>71</b>	Tranquilo	SI	NO
	<b>72</b>	Retraído y apático	NO	SI
	<b>73</b>	Asustadizo	NO	SI
	<b>74</b>	Inseguro	NO	SI
	<b>75</b>	Sociable	SI	NO
<b>Independencia</b>	<b>76</b>	¿Tiene inconvenientes con el desarrollo de su independencia?	NO	SI
	<b>77</b>	¿Se pone irritable o ansioso frente a extraños o al separarse de su familia?	NO	SI
	<b>78</b>	¿Se le debe dar de comer?	NO	SI
	<b>79</b>	¿Se viste y desviste y elige su ropa?	SI	NO

<b>Independencia</b>	<b>80</b>	¿Se lava los dientes solo?	SI	NO
	<b>81</b>	¿Le gusta leer?	SI	NO
<b>Relaciones con otras personas</b>	<b>82</b>	¿Es el niño comunicativo y sociable con adultos?	SI	NO
	<b>83</b>	¿Respeta sentimientos y actitudes de los adultos?	SI	NO
	<b>84</b>	¿Se relaciona bien con parientes?	SI	NO
	<b>85</b>	¿Juega esporádicamente?	SI	NO
	<b>86</b>	¿Se relaciona bien con otros niños?	SI	NO
	<b>87</b>	¿Le gusta jugar con otros niños (juega bien, no se pelean)?	SI	NO
<b>Situación familiar</b>	<b>88</b>	¿Es una familia numerosa?	NO	SI
	<b>89</b>	¿Cambios en cuanto a la persona que cuida a su hijo?	NO	SI
	<b>90</b>	Mudanzas	NO	SI
	<b>91</b>	Mascotas	NO	SI
	<b>92</b>	Enfermedades	NO	SI
	<b>93</b>	Muertes	NO	SI
	<b>94</b>	Separación de padres	NO	SI

<b>Situación familiar</b>	<b>95</b>	¿Existe rivalidad entre hermanos?	NO	SI
	<b>96</b>	¿Hubo alguna situación de violencia familiar?	NO	SI
	<b>97</b>	¿Hay castigos hacia los niños cuando se portan mal?	SI	NO
	<b>98</b>	¿La situación económica es regular o mala?	NO	SI
	<b>99</b>	¿La pareja tiene privacidad?	SI	NO
	<b>100</b>	Uds. los padres ¿le pone/n limite/s al/los niño/s?	SI	NO
	<b>101</b>	Si uno le pone límites el otro ¿lo contradice?	NO	SI
	<b>102</b>	¿Pasa mucho tiempo el padre o la madre fuera de casa?	NO	SI
	<b>103</b>	¿La madre trabaja?	NO	SI
	<b>104</b>	¿El niño se queda solo mucha parte del día?	NO	SI
	<b>105</b>	¿Coopera el niño con las tareas de la casa?	SI	NO
	<b>106</b>	¿Juega UD o ambos con el niño todos los días?	SI	NO
	<b>107</b>	¿Le brinda atención y afecto?	SI	NO

<b>Situación familiar</b>	<b>108</b>	¿Se sienten bien los integrantes de la familia?	SI	NO
	<b>109</b>	¿Se relaciona bien el niño con ustedes?	SI	NO
	<b>110</b>	¿Conviven los padres con el niño?	SI	NO
	<b>111</b>	¿UD se siente una persona insegura o demasiado ansiosa?	NO	SI
	<b>112</b>	¿Ud. es una persona crítica o punitiva?	NO	SI
	<b>113</b>	¿Se siente Ud. una persona que controla la actividad de su hijo?	NO	SI
	<b>114</b>	¿Ha existido algún episodio de tensión en la familia usual o inesperada?	NO	SI
	<b>115</b>	¿Alguien en la familia es adicto al tabaco, alcohol o drogas?	NO	SI
	<b>116</b>	¿Le administra de vez en cuando medicación casera?	NO	SI