

TALLER DE EVALUACION PSICOSOCIAL (8 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
Tóxicos		Está el niño en contacto con sustancias tóxicas como:		
	9	Alcohol	NO	SI
	10	Tabaco	NO	SI
	11	Plomo	NO	SI
	12	Arsénico	NO	SI
	13	Medicamentos	NO	SI
	14	Productos químicos de limpieza	NO	SI

Conducta	15	¿Tiene miedos?	NO	SI
	16	¿Es desobediente?	NO	SI
	17	¿Tiene actitudes agresivas?	NO	SI
	18	¿Le nota signos de timidez en algunas reacciones?	NO	SI
	19	¿Presenta periodos de atención cortos? No termina las cosas que comienza	NO	SI
	20	¿Es contestador?	NO	SI
	21	¿Presenta masturbaciones?	NO	SI
	22	¿Se come las uñas?	NO	SI
	23	¿Tiene problemas para jugar con otros niños?	NO	SI
	24	¿Tiene conductas de oposición en la escuela?	NO	SI
	25	¿Notó que alguna cosa lo pone triste?	NO	SI
	26	¿Habló de los problemas con Ud.?	SI	NO
	27	¿Ha tenido alguna vez un maltrato?	NO	SI
	28	¿Es cruel con los animales?	NO	SI
Hábito Alimentación	29	¿Come bien? ¿Tiene apetito?	SI	NO
	30	¿Come variado?	SI	NO
	31	¿Come carne y cereales?	SI	NO

Hábito Alimentación	32	¿Come las cuatro comidas y la colación?	SI	NO
	33	¿Come frutas y verduras?	SI	NO
	34	¿Toma gaseosas o jugos industrializados?	NO	SI
	35	¿Ingiere leche y lácteos?	SI	NO
	36	¿Come comida chatarra seguido?	NO	SI
	37	¿Come con su familia y dialogan mientras comen?	SI	NO
	38	¿Picotea?	NO	SI
	39	¿Hay problemas a la hora de la comida?	NO	SI
	40	¿Mira televisión cuando come?	NO	SI
	41	¿Come apurado?	NO	SI
	42	¿Nota que a veces come porque está aburrido?	NO	SI
Hábito Evacuatorio		Tiene problemas con defecación durante un mes como:		
	43	Dos o menos deposiciones por semana en el baño	NO	SI
	44	Un episodio de incontinencia fecal por semana	NO	SI
	45	Retención fecal excesiva voluntaria	NO	SI
	46	Defecación dolorosa o de deposiciones duras	NO	SI
	47	Presencia de una gran masa fecal en el recto	NO	SI

Hábito Evacuatorio	48	Deposiciones voluminosas que tapan el baño	NO	SI
	49	Defecación en lugares inapropiados más de un mes	NO	SI
	50	¿Se hizo caca encima más de tres meses por lo menos una vez por mes?	NO	SI
	51	¿Orina menos de cuatro veces por día?	NO	SI
	52	Se hizo pis encima dos meses seguido a razón de dos veces por semana	NO	SI
	53	¿Va al baño cuando está lugar fuera de su casa?	SI	NO
Hábito Sueño	54	¿Duerme solo en la habitación?	SI	NO
	55	¿Duerme siesta?	SI	NO
	56	¿Se rehúsa a ir a la cama?	NO	SI
	57	¿Tiene insomnio, pesadillas u otros problemas durante el sueño?	NO	SI
	58	¿Si duerme en cama cucheta, esta tiene barandas?	SI	NO
	59	¿Duerme las horas indicadas?	SI	NO
Escuela	60	¿Hace solo las tareas?	SI	NO
	61	¿Tuvo problemas de adaptación en la escuela?	NO	SI
	62	¿Tuvo problemas con el aprendizaje?	NO	SI
	63	¿Tiene un buen rendimiento escolar?	SI	NO
	64	¿Le gusta estudiar y aprender?	SI	NO

Escuela	65	¿Es prolijo?	SI	NO
	66	¿Falta frecuentemente a la escuela?	NO	SI
	67	Uds. los padres ¿están de acuerdo con la escuela?	SI	NO
	68	¿Notó algún acto de violencia o discriminación en la escuela?	NO	SI
	69	¿Pasó bien de año?	SI	NO
	70	¿Tiene problemas de conducta?	NO	SI
	71	¿Se cansa seguido?	NO	SI
	72	¿Alguna vez se escapó de la escuela?	NO	SI
	73	¿Lee y escribe bien?	SI	NO
	74	¿Tuvo problemas con las matemáticas?	NO	SI
Personalidad		¿Cuál de estas características concuerda más con la personalidad de su hijo?		
	75	Nervioso	NO	SI
	76	Hiperactivo	NO	SI
	77	Inquieto	NO	SI
	78	Tranquilo	NO	SI
	79	Retraído y apático	NO	SI
	80	Asustadizo	NO	SI

Personalidad	81	Inseguro	NO	SI
	82	¿Tiene una competitividad excesiva?	NO	SI
		Presenta comportamientos antisociales como:		
	83	Conducta agresiva	NO	SI
	83	Conducta destructiva	NO	SI
	83	Falsedad	NO	SI
	83	Violación de reglas	NO	SI
	84	¿Lo nota con poca autoestima?	NO	SI
	85	¿Le resulta fácil expresar lo que siente?	SI	NO
Independencia	86	¿Tiene signos de independencia como peinarse, intenta cocinar, etc.?	SI	NO
	87	¿Se viste y desviste y elige su ropa?	SI	NO
	88	¿Se lava los dientes solo?	SI	NO
	89	¿Le gusta leer?	SI	NO
	90	¿Sabe cortar con tijera?	SI	NO
	91	¿Se queda a dormir solo en la casa de algún familiar?	SI	NO
	92	¿Se lava las manos solo?	SI	NO
	93	¿Sabe andar sin ruedas?	SI	NO

Independencia	94	¿Viaja solo, sale solo a la calle?	NO	SI
	95	¿Cuida sus útiles escolares, ordena bien su mochila escolar?	SI	NO
	96	¿Se lava y baña solo?	SI	NO
	97	¿Usa casco?	SI	NO
	98	¿Sabe nadar?	SI	NO
	99	¿Ordena sus juguetes, sus cosas?	SI	NO
Hábitos de esparcimiento	100	¿Ve televisión más de dos horas por día?	NO	SI
	100	¿Está mucho tiempo sobre la computadora o juegos electrónicos, celulares?	NO	SI
	101	¿Realiza actividades extraescolares?	SI	NO
	102	¿Le nota sentido del tiempo?	SI	NO
	103	¿El eligió las actividades extraescolares?	SI	NO
	104	¿Tiene actividades al aire libre?	SI	NO
	105	¿Comparte actividad deportiva con sus padres?	SI	NO
	106	¿Practica algún deporte?	SI	NO
Otros hábitos	107	¿Es un niño sedentario?	NO	SI
	108	¿Se cepilla los dientes dos veces por día o luego de ingerir golosinas?	SI	NO
	109	Consumo alguna sustancia	NO	SI

Relaciones con otras personas	110	¿Es el niño amistoso con otras personas?	SI	NO
	111	¿Respeto sentimientos y actitudes de los adultos?	SI	NO
	112	¿Juega esporádicamente?	SI	NO
	113	¿Se relaciona bien con otros niños?	SI	NO
	114	¿Le gusta jugar con otros niños (juega bien, no se pelean)?	SI	NO
	115	¿Se lleva bien con los amigos de la escuela?	SI	NO
Situación familiar	116	¿Es una familia numerosa?	NO	SI
	117	Mudanzas	NO	SI
	118	Mascotas	NO	SI
	119	Enfermedades	NO	SI
	120	Muertes	NO	SI
	121	Separación de padres	NO	SI
	122	¿Existe rivalidad entre hermanos?	NO	SI
	123	¿Hubo alguna situación de violencia familiar?	NO	SI
	124	¿Hay castigos hacia los niños cuando se portan mal?	SI	NO
	125	¿La situación económica es regular o mala?	NO	SI

Situación familiar	126	Uds. los padres ¿le pone/n limite/s al/los niño/s?	SI	NO
	127	Si uno le pone límites el otro ¿lo contradice?	NO	SI
	128	¿Pasa mucho tiempo el padre o la madre fuera de casa?	NO	SI
	129	¿La madre trabaja?	NO	SI
	130	¿El niño se queda solo mucha parte del día?	NO	SI
	131	¿Coopera el niño con las tareas de la casa?	SI	NO
	132	¿Juega UD o ambos con el niño todos los días?	SI	NO
	133	¿Se relaciona bien el niño con ustedes?	SI	NO
	134	¿Conviven los padres con el niño?	SI	NO
	135	¿UD se siente una persona insegura o demasiado ansiosa?	NO	SI
	136	¿Ud. es una persona crítica o punitiva?	NO	SI
	137	¿Se siente Ud. una persona que controla la actividad de su hijo?	NO	SI
	138	¿Ha existido algún episodio de tensión en la familia usual o inesperada?	NO	SI
	139	¿Alguien en la familia es adicto al tabaco, alcohol o drogas?	NO	SI
	140	¿Le administra de vez en cuando medicación casera?	NO	SI
141	¿Conversó con su hijo sobre normas de prevención de tránsito?	SI	NO	
142	¿Conversó con su hijo sobre qué le gustaría hacer en el futuro?	SI	NO	

