

TALLER DE EVALUACION PSICOSOCIAL (14 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	¿Es contestador?	NO	SI
	14	¿Presenta masturbaciones?	NO	SI
	15	¿Tiene problemas para jugar con otros niños?	NO	SI

Conducta	16	¿Notó que alguna cosa lo pone triste?	NO	SI
	17	¿Habló de los problemas con Ud.?	SI	NO
	18	¿Ha tenido alguna vez un maltrato?	NO	SI
Hábito Alimentación	19	¿Come bien? ¿Tiene apetito?	SI	NO
	20	¿Come variado?	SI	NO
	21	¿Come carne y cereales?	SI	NO
	22	¿Come las cuatro comidas y la colación?	SI	NO
	23	¿Come frutas y verduras?	SI	NO
	24	¿Toma gaseosas o jugos industrializados?	NO	SI
	25	¿Ingiere leche y lácteos?	SI	NO
	26	¿Come comida chatarra seguido?	NO	SI
	27	¿Come con su familia y dialogan mientras comen?	SI	NO
	28	¿Picotea?	NO	SI
	29	¿Hay problemas a la hora de la comida?	NO	SI
	30	¿Mira televisión cuando come?	NO	SI
	31	¿Come apurado?	NO	SI
	32	¿Nota que a veces come porque está aburrido?	NO	SI

Hábito Evacuatorio		Tiene problemas con defecación durante un mes como:		
	33	Dos o menos deposiciones por semana en el baño	NO	SI
	34	Un episodio de incontinencia fecal por semana	NO	SI
	35	Retención fecal excesiva voluntaria	NO	SI
	36	Defecación dolorosa o de deposiciones duras	NO	SI
	37	Presencia de una gran masa fecal en el recto	NO	SI
	38	Deposiciones voluminosas que tapan el baño	NO	SI
	39	Defecación en lugares inapropiados más de un mes	NO	SI
	40	¿Se hizo caca encima más de tres meses por lo menos una vez por mes?	NO	SI
	41	¿Orina menos de cuatro veces por día?	NO	SI
	42	Se hizo pis encima dos meses seguido a razón de dos veces por semana	NO	SI
	43	¿Va al baño cuando está lugar fuera de su casa?	SI	NO
	Hábito Sueño	44	¿Se levanta a la noche para orinar?	NO
45		¿Duerme siesta?	SI	NO
46		¿Tiene insomnio, pesadillas u otros problemas durante el sueño?	NO	SI
47		¿Duerme las horas indicadas?	SI	NO

Hábito Sueño	48	¿Tiene problemas para dormirse?	NO	SI
	49	¿Se levanta cansado?	NO	SI
Escuela	50	¿Hace solo las tareas?	SI	NO
	51	¿Tiene un buen rendimiento escolar?	SI	NO
	52	¿Pasó bien de año?	SI	NO
	53	¿Se cansa seguido?	NO	SI
Personalidad		¿Cuál de estas características concuerda más con la personalidad de su hijo?		
	54	Nervioso	NO	SI
	55	Hiperactivo	NO	SI
	56	Inquieto	NO	SI
	57	Tranquilo	NO	SI
	58	Retraído y apático	NO	SI
	59	Agresivo	NO	SI
	60	Tímido	NO	SI
	61	Inseguro	NO	SI
	62	¿Le resulta fácil expresar lo que siente?	SI	NO
	63	¿Le expresó alguna vez ideas de suicidio?	NO	SI

Independencia	64	¿Tiene signos de independencia como peinarse, intenta cocinar, etc.?	SI	NO
	65	¿Le gusta leer?	SI	NO
	66	¿Se queda a dormir solo en la casa de algún familiar?	SI	NO
	67	¿Cuida sus útiles escolares, ordena bien su mochila escolar?	SI	NO
	68	¿Se lava y baña solo?	SI	NO
	69	¿Usa casco?	SI	NO
	70	¿Sabe nadar?	SI	NO
	71	¿Ordena sus juguetes, sus cosas?	SI	NO
	72	¿Se compra solo la ropa?	SI	NO
	73	¿Está consciente de normas de prevención (al cruzar la calle con extraños)?	SI	NO
	74	¿Tiene alguna meta deportiva, o de estudio para este año?	SI	NO
Hábito de esparcimiento	75	¿Tiene algún trabajo?	NO	SI
	76	¿Ve televisión más de dos horas por día?	NO	SI
	76	¿Está mucho tiempo sobre la computadora o juegos electrónicos, celulares?	NO	SI
	77	¿Realiza actividades extraescolares?	SI	NO
	78	¿El eligió las actividades extraescolares?	SI	NO

Hábito de esparcimiento	79	¿Tiene actividades al aire libre?	SI	NO
	80	¿Practica algún deporte?	SI	NO
	81	¿Es un niño sedentario?	NO	SI
	82	¿Maneja su propio dinero?	SI	NO
Otros hábitos	83	¿Se cepilla los dientes dos veces por día o luego de ingerir golosinas?	SI	NO
	84	Fuma	NO	SI
	85	Toma bebidas alcohólicas	NO	SI
	86	Consume alguna sustancia	NO	SI
Relación con otras personas	87	¿Es el niño amistoso con otras personas?	SI	NO
	88	¿Respeto sentimientos y actitudes de los adultos?	SI	NO
	89	¿Se relaciona bien con otros niños?	SI	NO
	90	¿Se lleva bien con los amigos de la escuela?	SI	NO
	91	¿Se queda a dormir en la casa de otros chicos?	SI	NO
Desarrollo	92	¿Notó que su hijo tiene preocupaciones con su cuerpo o apariencia física?	NO	SI
	93	¿Notó que su hijo tiene preocupaciones con su desarrollo sexual?	NO	SI
	94	¿Conversa con Ud. temas sexuales?	SI	NO

Desarrollo	95	¿Le preguntó su hijo temas como la homosexualidad?	SI	NO
	96	¿Le preguntó sobre contactos con el sexo opuesto y de relaciones sexuales?	SI	NO
Situación familiar	97	Mudanzas	NO	SI
	98	Enfermedades	NO	SI
	99	Muertes	NO	SI
	100	Separación de padres	NO	SI
	101	¿Existe rivalidad entre hermanos?	NO	SI
	102	¿Hubo alguna situación de violencia familiar?	NO	SI
	103	¿Hay castigos hacia los niños cuando se portan mal?	SI	NO
	104	¿La situación económica es regular o mala?	NO	SI
	105	Si uno le pone límites el otro ¿lo contradice?	NO	SI
	106	¿Pasa mucho tiempo el padre o la madre fuera de casa?	NO	SI
	107	¿Se relaciona bien el niño con ustedes?	SI	NO
108	¿Conviven los padres con el niño?	SI	NO	

Situación familiar	109	¿Alguien en la familia es adicto al tabaco alcohol o drogas?	NO	SI
	110	¿Conversó con su hijo sobre normas de prevención de tránsito?	SI	NO
	111	¿Conversó con su hijo sobre qué le gustaría hacer en el futuro?	SI	NO