Observaciones de los Padres Acerca de las Interacciones Sociales (POSI)

	Muchas veces al día	Algunas veces al día	Algunas veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca
¿Su niño/a le trae cosas para mostrárselas a usted?	○	○	○	○	○

	Siempre	Usualmente	Algunas Veces	Rara Vez	Poco
¿Su niño/a tiene interés en jugar con otros niños/as?	○	○	○	○	○
¿Cuándo usted dice una palabra o saluda con la mano, su niño/a trata de imitarlo?	○	○	○	○	○
¿Su niño/a lo mira cuando lo llama por su nombre?	○	○	○	○	○
¿Si usted apunta o señala algo al otro lado del cuarto, su niño/a lo mira?	○	○	○	○	○

En general, ¿cómo le demuestra su niño/a que quiere algo?	Dice una palabra para describir lo que quiere	Apunta con un dedo	Trata de alcanzarlo	Me hala o pone mi mano sobre el objeto	Gruñe, llora, o grita
(Por favor marque todo lo que corresponda)	☐	☐	☐	☐	☐

¿Cuáles son los juegos favoritos de su niño/a?	Jugar con muñecas o peluches	Leer libros con usted	Trepar, correr y estar activo	Acomodar juguetes u otras cosas en línea	Ver cosas que giran y dan vueltas, por ejemplo ventiladores o ruedas
(Por favor marque todo lo que corresponda)	☐	☐	☐	☐	☐

Preocupaciones de los Padres (Parent Concerns)

	Ninguna	Alguna	Mucha
¿Tiene usted alguna preocupación acerca del aprendizaje o desarrollo de su niño/a?	○	○	○
¿Tiene usted alguna preocupación acerca del comportamiento de su niño/a?	○	○	○

Preguntas sobre la Familia (Family Questions)

Debido a que miembros de su familia pueden tener un gran impacto en el desarrollo de su niño(a), por favor responda las siguientes preguntas sobre su familia:

		Sí	No
1	¿Hay alguien que vive con su niño que fuma tabaco?	Ⓨ	Ⓝ
2	¿Durante el último año, ha usted consumido bebidas alcohólicas o usado drogas más de lo que hubiera deseado?	Ⓨ	Ⓝ
3	¿Ha sentido usted el deseo o necesidad de consumir menos alcohol o drogas durante el último año?	Ⓨ	Ⓝ
4	¿Han tenido las drogas o el consumo de alcohol por parte de algún miembro de la familia algún efecto negativo en su niño/a?	Ⓨ	Ⓝ

		Nunca	A Veces	Frecuentemente
5	Durante los últimos 12 meses, nos preocupamos que nuestra comida se acabara antes de que tuviéramos dinero para comprar más.	○	○	○

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
6 ¿Tener poco interés o placer en hacer las cosas?	Ⓞ	①	②	③
7 ¿Sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanza?	Ⓞ	①	②	③

8 En general, ¿cómo describiría usted su relación con su esposo/a o su pareja?	**No hay tensión** ○	**Alguna tensión** ○	**Mucha tensión** ○	**No aplica** ○
9 Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:	**Sin dificultad** ○	**Alguna dificultad** ○	**Mucha dificultad** ○	**No aplica** ○

10 Durante la última semana, ¿cuantos días usted u otros miembros de la familia le leyeron a su niño? Ⓞ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦