



SWYC™ :

9 meses

9 meses, 0 días a 11 meses, 31 días
 9 months, 0 days to 11 months, 31 days
 v1.071, 9/1/19

Nombre del Niño/a:
 (Child's name)

Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año):
 (Date of birth)

Fecha de Hoy:
 (Today's Date)

Pautas Madurativas (Developmental Milestones)

Estas preguntas son acerca del desarrollo de su niño/a. Cuando nosotros decimos desarrollo nos referimos a cosas como gatear, caminar, jugar y hablar. Nosotros queremos tener una idea de que tan frecuentemente su niño/a hace cada una de estas cosas. Para cada pregunta, díganos si su niño/a todavía no lo hace, lo hace algunas veces o si él/ella lo hace mucho.

| | Todavía No | Algunas Veces | Mucho |
|---|------------|---------------|-------|
| Alza los brazos para ser levantado | 0 | 1 | 2 |
| Puede sentarse sin ayuda | 0 | 1 | 2 |
| Agarra comida y la come | 0 | 1 | 2 |
| Se sostiene para levantarse hasta quedar de pie | 0 | 1 | 2 |
| Juega a juegos – como “¿Dónde está el bebe?” o “peek-a-boo” | 0 | 1 | 2 |
| Lo llama a usted "mama" o "papa" o algo parecido | 0 | 1 | 2 |
| Mira a su alrededor cuando usted dice cosas como: “¿Dónde está tu biberón?” o “¿Dónde está tu juguete?” | 0 | 1 | 2 |
| Imita sonidos que usted hace | 0 | 1 | 2 |
| Cruza una habitación caminando sin ayuda | 0 | 1 | 2 |
| Sigue instrucciones – por ejemplo “Ven acá” o “Dame la pelota” | 0 | 1 | 2 |

Lista de Síntomas Pediátricos para Bebés (BPSC)

Algunas veces todos los niños lloran, gruñen o se quejan, tienen problemas al dormir o tienen problemas cuando llegan a lugares nuevos. Comparado a la mayoría de los niños/as de esta edad, usted diría que su niño hace estas cosas igual, un poco más o mucho más que los otros niños de su misma edad?

| | Igual | Un Poco Más | Mucho Más |
|--|-------|-------------|-----------|
| ¿Su niño/a tiene dificultad al estar con personas desconocidas? | 0 | 1 | 2 |
| ¿Su niño/a tiene dificultad al estar en lugares nuevos? | 0 | 1 | 2 |
| ¿Su niño/a tiene dificultad con los cambios? | 0 | 1 | 2 |
| ¿A su niño/a le molesta que lo carguen otras personas? | 0 | 1 | 2 |
| ¿Su niño/a llora mucho? | 0 | 1 | 2 |
| ¿Su niño/a tiene dificultad para calmarse? | 0 | 1 | 2 |
| ¿Su niño/a se enoja o se irrita fácilmente? | 0 | 1 | 2 |
| ¿Su niño/a es difícil de consolar? | 0 | 1 | 2 |
| ¿Es difícil mantener a su niño/a en un horario o una rutina establecida? | 0 | 1 | 2 |
| ¿Es difícil poner a su niño/a a dormir? | 0 | 1 | 2 |
| ¿Es difícil para usted dormir lo suficiente debido a su niño/a? | 0 | 1 | 2 |
| ¿Su niño/a tiene dificultad para mantenerse dormido? | 0 | 1 | 2 |

Preocupaciones de los Padres (Parent Concerns)

| | Ninguna | Alguna | Mucha |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ¿Tiene usted alguna preocupación acerca del aprendizaje o desarrollo de su niño/a? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Tiene usted alguna preocupación acerca del comportamiento de su niño/a? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

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? | <input type="radio"/> Y | <input type="radio"/> N |
| 2 ¿Durante el último año, ha usted consumido bebidas alcohólicas o usado drogas más de lo que hubiera deseado? | <input type="radio"/> Y | <input type="radio"/> N |
| 3 ¿Ha sentido usted el deseo o necesidad de consumir menos alcohol o drogas durante el último año? | <input type="radio"/> Y | <input type="radio"/> N |
| 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? | <input type="radio"/> Y | <input type="radio"/> N |

| | 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. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

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? | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| 7 ¿Sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanza? | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |

| | No hay tensión | Alguna tensión | Mucha tensión | No aplica |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 8 En general, ¿cómo describiría usted su relación con su esposo/a o su pareja? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | Sin dificultad | Alguna dificultad | Mucha dificultad | No aplica |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 9 Usted y su pareja resuelven sus discusiones con: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | | | | | | | | |
|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 10 Durante la última semana, ¿cuantos días usted u otros miembros de la familia le leyeron a su niño? | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 |
|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|