

Información Sobre la Salud (5 Años de Edad)

CONSUMO

- ¿Cuántas onzas de leche toma su hijo/a al día? _____ Onzas ¿Tipo de leche? _____
- ¿Cuántas veces por día le ofrece comida a su hijo/a? _____ ¿Cuántos snacks por día? _____
- ¿Cuántas porciones al **DIA** come su hijo/a de: _____ Queso _____ Yogurt
- ¿Cuántas porciones al **DIA** come su hijo/a de: _____ Frutas _____ Vegetales _____ Granos enteros
- ¿Cuántas porciones a la **SEMANA** come su hijo/a de: _____ Carne _____ Frijoles _____ Nueces _____ Huevos _____ Pescado
- ¿Cuántas onzas al **DIA** su hijo/a toma de: _____ Jugo _____ Refresco
- ¿Qué tan seguido come dulces su hijo/a? 15 >x/sem 8-14x/sem <8x/sem

OUTPUT

- ¿Cuántas veces al día su hijo/a hace popo? _____ ¿Cuál es la consistencia? _____
- ¿Ha visto sangre en la popo de su hijo/a? Sí No
- ¿Su hijo/a usa el baño durante el día? Sí No ¿En la noche? Sí No

SUEÑO

- ¿Dónde duerme su hijo/a? Cuarto de padres Su cuarto Hermano/a
- ¿Su hijo/a tiene una rutina para dormir? Sí No ¿Le lee a su bebe antes de dormir? Sí No
- ¿Hay Televisión o computadora en el cuarto de su hijo/a? Sí No
- ¿Su hijo/a ve televisión o usa electrónicos antes de irse a dormir? Si No
- ¿Hora de dormir? _____ pm ¿Hora que despierta? _____ am
- ¿Qué hace usted usualmente cuando su hijo/a despierta en la noche? _____

SEGURIDAD

- ¿Su hijo/a usa asiento de carro? Sí No ¿Su hijo/a usa casco? Sí No

GUARDERIA/ESCUELA

- ¿Quién está con su bebe la mayoría de tiempo? Mamá Papá Niñera Familiar

Nombre de la escuela/Pre escuela _____

- ¿Qué tan seguido? Tiempo completo Medio tiempo

DESARROLLO/COMPORTAMIENTO




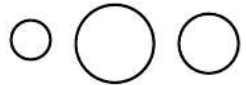
Describe el temperamento de su bebe (feliz, inquieto, calmado, etc.) _____

¿Cómo disciplina a su hijo/a cuando lo necesita? _____

OTRO

- ¿Cuántas horas de televisión o electrónicos su hijo/a ve al día? _____
- ¿Cuántas veces por día usted le cepilla los dientes a su hijo/a? _____ ¿Usa hilo dental? _____
- Cuando fue la última visita de su hijo/a con el dentista? _____ ¿Algunas caries? Si No
- ¿Qué tipo de agua tiene en casa? Ciudad Community well Personal well Agua de botella
- ¿Toma agua de la llave? Sí No
- Lista de medicamentos que su hijo/a toma: _____
- ¿Necesita una prescripción de algún medicamento que se le haya terminado? _____
- Preocupaciones: _____

Ages and Stages – 60 Meses	SI	Algunas veces	Todavía No
Comunicación			
1. Sin hacer señas para ayudarlo ni repetir las instrucciones, ¿puede su niño/a llevar a cabo tres acciones completamente diferentes cuando Ud. se lo pide? Debe decirle las tres instrucciones antes de que él/ella comience a hacerlas. Por ejemplo, le puede pedir, “Aplauda con las manos, camina hasta la puerta, y siéntate”, o “Dame la pluma, abre el libro, y ponte de pie”.			
2. ¿Usa su niño/a oraciones de cuatro y cinco palabras? Por ejemplo, ¿dice su niño/a, “Quiero el coche verde”, o “Quiero ponerme el suéter rojo”?			
3. Al hablar de algo que ya ha pasado, ¿usa su niño/a el tiempo pasado de los verbos (con terminaciones como -é, -aste, ío, -ieron, etc.) como caminaron, jugué, o brincamos? Hágale preguntas a su niño/a como, “¿Cómo te fuiste a la tienda?” (“Caminé.”) “¿Qué hiciste en la casa de tus amigas?” (“Jugamos a las muñecas.”)			
4. ¿Usa su niño/a palabras comparativas, como “más pesado que”, “más fuerte que”, o “más bajo que”? Haga frases que incluyan una comparación y pídale a su niño/a que complete la frase. Por ejemplo, “Un auto es grande, pero un autobús es” _____ (más grande); “Un gato es pesado, pero un hombre es” _____ (más pesado); “Un televisor es pequeño, pero un libro es” _____ (más pequeño).			
5. ¿Contesta su niño/a las siguientes preguntas? (Marque “a veces” si su niño/a responde a una sola de las 2 preguntas.) “¿Qué haces cuando tienes hambre?” (Las respuestas aceptables incluyen frases como “pido algo de comer”, “como”, y “hago un sandwich”.) “¿Qué haces cuando tienes sueño?” (Las respuestas aceptables incluyen frases como “me acuesto”, “duermo”, y “me siento”.)			
6. ¿Puede repetir su niño/a las siguientes oraciones sin cometer errores? (Lea las oraciones en voz alta una por una. Ud. puede repetir cada oración una vez. Marque “sí” si su niño/a repite ambas oraciones sin errores o “a veces” si su niño/a sólo repite una oración sin errores.) "Juana esconde sus zapatos para que María los encuentre. "Alberto leyó su libro azul debajo de su cama"			
Motor Gruesa			
1. Al estar de pie, ¿su niño/a lanza una pelota hacia adelante tirándola en la dirección de una persona que está a una distancia de al menos 6 pies (2 metros)? Su niño/a debe levantar el brazo a la altura del hombro para lanzarla. (Marque “todavía no” si la deja caer o si la tira desde la altura de la cintura.)			
2. Cuando Ud. le lanza una pelota grande, ¿su niño/a la agarra con las dos manos? (Ud. debe situarse a unos 5 pies o 1.5 metros, de su niño/a y darle dos o tres oportunidades para hacer la actividad antes de marcar la respuesta.)			
3. Sin apoyarse en ningún objeto, ¿se para en un solo pie al menos por 5 segundos sin perder el equilibrio y sin bajar el otro pie para apoyarse? (Ud. puede darle dos o tres oportunidades para hacer la actividad antes de marcar la respuesta.)			
4. ¿Puede su niño/a andar de puntas una distancia de 15 pies (aproximadamente la longitud de un auto grande)? (Ud. le puede dar dos oportunidades con cada pie. Marque “a veces” si su niño/a puede saltar con uno de los pies, pero no con el otro.)			
5. ¿Puede su niño/a saltar hacia adelante con un pie una distancia de 4-6 pies (1,5-2 metros) sin bajar el otro pie? (Ud. le puede dar dos oportunidades con cada pie. Marque “a veces” si su niño/a puede saltar con uno de los pies, pero			

no con el otro.)			
6. ¿Puede su niño/a brincar alternando cada pie? (Ud. puede demostrarle cómo.)			
Motora Fina			
1. Pídale a su niño/a que trace sobre la línea de abajo con un lápiz, ¿Puede trazar la línea sin salirse de la raya más de dos veces? (Marque “a veces” si su niño/a se sale de la raya tres veces.) 			
2. Pídale a su niño/a que haga un dibujo de una persona en un papel en blanco. Ud. puede decirle: “Hazme un dibujo de un chico o de una chica”. Si su niño/a dibuja una persona con cabeza, cuerpo, brazos, y piernas, marque “sí”. Si su niño dibuja una persona incluyendo solamente tres partes del cuerpo (Cabeza, tronco, brazos, o piernas), marque “a veces”. Si su niño/a dibuja una persona incluyendo dos partes o menos del cuerpo (cabeza, tronco, brazos, piernas), marque “todavía no”. Asegúrese de entregar la hoja con el dibujo que hizo con este cuestionario.			
3. Dibuje una línea en una hoja de papel. Usando tijeras para niños, ¿puede su niña cortar el papel a la mitad, siguiendo (más o menos) una línea recta y haciendo que las tijeras se abran y se cierren? (Por razones de seguridad, observe a su niño/a cuidadosamente mientras hace esta actividad.)			
4. Usando las siguientes figuras como modelos, ¿puede su niño copiar las figuras como modelos, ¿puede su niño/a copiar las figuras en el espacio proporcionado abajo sin trazarlas por encima? (Sus dibujos deben parecerse a los modelos, aunque pueden ser de diferentes tamaños. Marque “sí” si puede copiar las tres figuras; marque “a veces” si puede copiar correctamente dos.) 			
5. Usando las siguientes letras como modelos, ¿puede si niña copiar las letras sin trazarlas por encima? Cubra todas las letras menos la letra que está copiando. (Marque “sí” si su niña puede copiar cuatro de las letras y Ud. puede reconocerlas. Marque “a veces” si puede copiar dos o tres letras y Ud. puede leerlas.) 			
6. Escriba con letra de molde el nombre de su niño. ¿Puede él/ella copiar las letras? Las letras que haga su niño/a pueden ser de diferentes tamaños, estar invertidas, o al revés. (Marque “a veces” si su niño/a copia cerca de la mitad de las letras.)			
Resolución de Problemas			
1. Si Ud. le pregunta, “Cuál círculo es el más pequeño?” ¿apunta su niña al círculo correcto? (Haga esta pregunta sin ayudarle a través de señas o gestos que le puedan indicar cuál es el círculo más pequeño.) 			
2. Si Ud. le muestra diferentes objetos y le pregunta a su niño, “¿De qué color es esto?” ¿dice los nombres de cinco colores diferentes, como rojo, azul, amarillo, anaranjado, negro, blanco, o rosado? (Marque “sí” solamente si contesta la pregunta correctamente mencionando al menos cinco colores.)			
3. ¿Puede su niño/a contar hasta 15 sin errores? Si puede hacerlo, marque “sí”. Si su niño/a cuenta hasta 12 sin errores, marque “a veces”.			
4. ¿Puede su niño/a completar las siguientes oraciones usando una palabra			

que significa lo opuesto de la palabra que significa lo opuesto de la palabra que está en cursiva? Por ejemplo: “Una piedra es dura, y una almohada es blanda (suave)”. “Una vaca es grande, y un ratón es _____”, “El hielo es frío, y el fuego es _____”, “Vemos las estrellas durante la noche, y vemos el sol durante el _____”, “Cuando tiro una pelota hacia arriba, se cae hacia _____” (Marque “sí” si su niño/a puede completar tres de las cuatro oraciones correctamente. Marque “a veces” si completa dos de las cuatro oraciones correctamente.)			
5. ¿Sabe su niño/a los nombres de los números? (Marque “sí” si puede identificar los tres números de abajo. Marque “a veces” si puede identificar dos números.) 3 1 2			
6. ¿Puede su niño/a nombrar por lo menos cuatro letras en su nombre? Apunte a las letras y pregúntele, “¿Qué letra es ésta?” (Apunte a las letras pero fuera de orden.)			
Socio-Individual			
1. ¿Usa cubiertos para servirse comida, sacándola de un recipiente y poniéndolo en otro? Por ejemplo, ¿su niño/a puede usar una cuchara grande para sacar puré de manzana de un recipiente y ponerlo en un plato hondo?			
2. ¿Se lava las manos con agua y jabón y después se seca sin ayuda?			
3. ¿Puede su niño/a decirle por lo menos cuatro de los siguientes datos? Por favor, marque los datos que su niño/a le dice correctamente. (“Su nombre”, “Su edad”, “La ciudad en que vive”, “Su apellido”, “Si es niño o niña”, “Su número de teléfono”)			
4. ¿Su niño/a se viste y se desviste sin ayuda, abotonando botones de tamaño mediano y subiendo o bajando cierres (cremalleras) que se encuentren en la parte frontal de la ropa?			
5. ¿Puede su niño/a ir al baño solo? (Esto incluye ir al baño, sentarse en el excusado/inodoro, limpiarse, y jalarle al baño.) Marque “sí” aunque lo haga después de que Ud. se lo recuerda.			
6. ¿Su niño/a usualmente comparte cosas con otros niños/niñas y espera su turno cuando hace actividades con otros?			