




SÍ A VECES TODAVÍA NO

COMUNICACIÓN *Intente hacer cada actividad con su niño/a.*

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| 1. Si Ud. le señala un dibujo de una pelota (gatito, vaso, gorro, etc.) y le dice "¿qué es?", ¿sabe decirle correctamente el nombre de al menos <i>uno</i> de los objetos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 2. Sin darla pistas o señas o usar gestos, ¿puede seguir al menos <i>tres</i> de las siguientes instrucciones?
a. "Pon el juguete en la mesa". d. "Busca tu abrigo".
b. "Cierra la puerta". e. "Dame la mano".
c. "Tráeme una toalla". f. "Agarra tu libro". | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 3. Al decirle que señale la nariz, los ojos, el pelo, los pies, las orejas, etc., ¿puede al menos señalar <i>siete</i> partes del cuerpo? Puede señalarse en si mismo, en Ud. o en una muñeca. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 4. ¿Puede construir frases de tres o cuatro palabras?
Escriba un ejemplo:

_____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 5. Sin darle pistas ni gestos, dígale: "Pon el zapato <i>encima de</i> la mesa" y "Pon el libro <i>debajo de</i> la silla". ¿Puede seguir las dos instrucciones correctamente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 6. Al mirar un libro de muchas fotografías o dibujos, ¿Puede su niño/a decirle lo que pasa en la fotografía o en el dibujo? Por ejemplo, Cuando Ud. le pregunta ¿Qué hace el perro (el niño)? El ladra, corra, llora o come. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| TOTAL PARA COMUNICACIÓN | | | | _____ |

MOVIMIENTOS AMPLIOS *Intente hacer cada actividad con su niño/a.*

- | | | | | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| 1. ¿Sabe correr bastante bien, parándose sin darse golpes o caerse? |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 2. ¿Puede subir o bajar al menos dos escalones sin ayuda? Responda afirmativamente aunque necesite agarrarse de la pared o de la barandilla. (Mire esto en otros lugares. Puede ser en una tienda, en un parque de juegos o en casa.) |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 3. Sin apoyarse en ningún objeto, ¿sabe dar una patada a un balón, moviendo la pierna hacia atrás y luego hacia adelante? |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

MOVIMIENTOS AMPLIOS (continuación)

4. ¿Sabe saltar levantando los dos pies del suelo a la vez?



5. ¿Sabe subir las escaleras poniendo un pie en cada escalón? (El pie izquierdo en un escalón y el derecho en el siguiente). Puede agarrarse de la barandilla o de la pared. (Mire esto en otros lugares. Puede ser en una tienda, en un parque de juegos o en casa.)



*

6. ¿Puede apoyarse en un solo pie por un segundo sin agarrarse de nada?



TOTAL PARA MOVIMIENTOS AMPLIOS

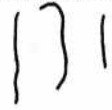
*Si en los movimientos amplios marco el número 5 afirmativamente, marque el número 2 del mismo, afirmativamente también.

MOVIMIENTOS FINOS Intente hacer cada actividad con su niño/a.

1. ¿Intenta girar la mano al intentar abrir una puerta, dar cuerda a un juguete, jugar con un trompo o poner y quitar una tapa de un frasco?

2. Después de observarle a Ud. dibujar una línea de arriba abajo en una hoja de papel con un lápiz, una crayola o una pluma, pida a su niño/a que haga una línea como la suya. No le deje usar papel transparente o dibujar encima de la suya. ¿Hace lo que Ud. hizo, dibujando una línea vertical?

Marque afirmativamente



Marque negativamente

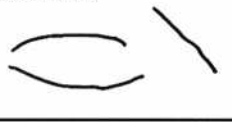


3. ¿Sabe meter un cordón por el agujero de una bolita de madera o por los agujeros del zapato?



4. Después de observarle a Ud. dibujar una línea de un lado al otro de la hoja de papel, pida a su niño/a que haga una línea como la suya. No le deje usar papel transparente o dibujar encima de la suya. ¿Hace lo que Ud. hizo, dibujando una línea horizontal?

Marque afirmativamente

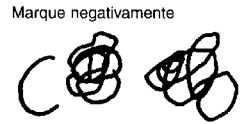
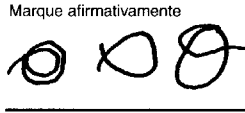


Marque negativamente



MOVIMIENTOS FINOS (continuación)

5. Después de observarle a Ud. dibujar un solo círculo, pida su niño/a que dibuje un círculo como el suyo. No le deje usar papel transparente o dibujar encima del suyo. ¿Hace lo que Ud. hizo, dibujando un círculo?



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___

6. ¿Sabe pasar las hojas de un libro una por una?

TOTAL PARA MOVIMIENTOS FINOS ___

RESOLUCIÓN de PROBLEMAS Intente hacer cada actividad con su niño/a.

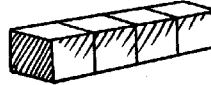
1. Al mirarse al espejo, pregúntele: "¿dónde está _____?" (Use el nombre de su niño/a). ¿Se señala en el espejo?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
--------------------------	--------------------------	--------------------------	-----

2. Si quiere algo que no alcanza, ¿Busca una silla o una caja para subirse encima para poderlo alcanzarlo?

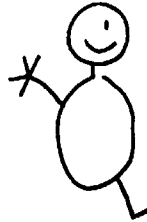
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
--------------------------	--------------------------	--------------------------	-----

3. Mientras su niño/a le observe, ponga cuatro objetos, como unos cubos o unos carritos, en línea recta. ¿Intenta imitarle poniendo los menos *cuatro* objetos en línea recta? (También puede usar carretes de hilo, unas cajitas u otros juguetes.)



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
--------------------------	--------------------------	--------------------------	-----

4. Al señalarle esta figura y preguntarle "¿qué es?", ¿responde con una palabra que haga referencia a una persona? Respuestas como "muñeco de nieve", "niño", "señor", "niña", "papá" son correctas. Escriba la respuesta de su niño/a a continuación:



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
--------------------------	--------------------------	--------------------------	-----

5. Al decirle: "Di siete tres", ¿sabe repetir *sólo* los dos números en el orden correcto? No repita los números. Si es necesario, intente otro par de números y diga: "Di ocho dos". Sólo es necesario que el niño repita uno de los dos pares de números para que Ud. pueda responder afirmativamente a la pregunta.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
--------------------------	--------------------------	--------------------------	-----

6. Después de hacer un dibujo o un garabato, ¿le cuenta su hijo lo que acaba de dibujar? Ud. le puede decir "Cuéntame sobre tu dibujo" o preguntar "¿Qué es?"

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
--------------------------	--------------------------	--------------------------	-----

TOTAL PARA RESOLUCIÓN de PROBLEMAS ___

SÍ A VECES TODAVÍA NO

SOCIO-INDIVIDUAL

Intente hacer cada actividad con su niño/a.

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 1. Si Ud. hace algunos de los siguientes gestos, ¿le intenta imitar al menos una vez? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| a. Abrir y cerrar la boca. | | | | |
| b. Abrir y cerrar los ojos. | | | | |
| c. Tirarse de la oreja. | | | | |
| d. Tocarse la mejilla. | | | | |
| 2. ¿Sabe meterse la cuchara en la boca sin que normalmente se le caiga la comida? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 3. ¿Sabe empujar un carrito de compras o un cochecito de bebé o un carrito con ruedas evitando dar golpes a las cosas y salirse de un rincón si no puede girar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 4. ¿Sabe ponerse el abrigo, su chaqueta o su camisa sin ayuda? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 5. Después de meterle los pantalones por los pies, ¿se los sube hasta la cintura? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 6. Al mirarse su niño/a en espejo y Ud. le pregunta: "¿Quién está ahí?", ¿contesta "yo" o dice su nombre? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |

TOTAL PARA SOCIO-INDIVIDUAL ___

GENERAL

Padres y proveedores pueden utilizar el reverso de la página.

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Cree Ud. que su niño/a oye bien? | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Si contesta "No", explique: _____ | | |
| 2. ¿Cree Ud. que habla igual que los otros niños de su edad? | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Si contesta "No", explique: _____ | | |
| 3. ¿Puede Ud. entender casi todo lo que su niño/a le dice? | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Si contesta "No", explique: _____ | | |
| 4. ¿Cree Ud. que camina, corre y trepa igual que los otros niños de su edad? | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Si contesta "No", explique: _____ | | |
| 5. ¿Tiene cualquiera de los dos padres algún antecedente de familia con problemas de sordera durante la infancia o con cualquier otro tipo de deficiencia de los oídos? | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Si contesta "Sí", explique: _____ | | |
| 6. ¿Tiene Ud. alguna preocupación sobre la vista de su niño/a? | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Si contesta "Sí", explique: _____ | | |
| 7. ¿Ha tenido su niño/a algún problema médico en los últimos meses? | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Si contesta "Sí", explique: _____ | | |
| 8. ¿Hay algo de su niño/a que a Ud. le preocupe? | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Si contesta "Sí", explique: _____ | | |