

A esta edad, muchos niño/as no cooperan cuando se los pide a hacer cosas. Puede darse el caso de que Ud. tenga que intentar las actividades más de una vez con su niño/a. Si es posible, vuelva a intentar las actividades cuando su niño/a coopere mejor. Si su niño/a puede hacer la actividad, pero se niega hacerla, responda afirmativamente a la pregunta.

<b>COMUNICACIÓN</b>	<i>Intente hacer cada actividad con su niño/a.</i>	SÍ	A VECES	TODAVÍA NO	_____
1.	Sin enseñarle primero, ¿puede <i>señalar con el dedo</i> al dibujo correcta cuando Ud. le dice: "enséñame dónde está el gatito" o "¿dónde está la pelota?" (Solamente tiene que identificar un dibujo.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2.	¿Imita su niño/a una oración de dos palabras? Por ejemplo, cuando Ud. dice "Mamá juega" o "Papá come" o "¿Qué es?", repite su niño/a la misma frase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3.	Sin darle pistas señalándole o usando gestos, ¿puede seguir al menos tres de las siguientes instrucciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	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".				
4.	Si Ud. le señala un dibujo de una pelota (gatito, vaso, gorro, etc.) y le dice "¿qué es?", ¿puede identificar <i>correctamente</i> menos un dibujo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5.	¿Puede decir dos o tres palabras juntas que representen ideas diferentes, como: "veo perro", "mamá llega a casa" o "gatito no está"? (No cuente las combinaciones de palabras que expresen una sola idea como "está bien", "¿qué es?", o "se terminó".)  Escriba un ejemplo de las combinaciones de palabras que usa:  _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6.	¿Puede usar correctamente al menos dos palabras como "me", "yo", "mío" o "tú"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>TOTAL PARA COMUNICACIÓN</b>					_____

<b>MOVIMIENTOS AMPLIOS</b>	<i>Intente hacer cada actividad con su niño/a.</i>	SÍ	A VECES	TODAVÍA NO	_____
1.	¿Puede bajar escaleras si Ud. lo lleva de la mano? 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"/>	_____
2.	Al enseñarle cómo se da una patada a un balón, ¿intenta repetirlo dando una patada al balón o moviéndolo la pierna hacia atrás y luego hacia adelante? o con las piernas al correr? (Si ya sabe dar una patada al balón, responda afirmativamente a la pregunta.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3.	¿Puede subir o bajar al menos dos escalones sin ayuda? (Responda afirmativamente aunque necesite agarrarse de la pared o de la barandilla.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4.	¿Sabe correr bastante bien, parándose sin darse golpes o caerse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____



**MOVIMIENTOS AMPLIOS** (continuación)

SÍ A VECES TODAVÍA NO

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



\_\_\_\_\_

6. Sin apoyarse en ningún objeto, ¿sabe dar una patada a un balón moviendo la pierna hacia atrás y luego hacia adelante?



\_\_\_\_\_\*

TOTAL PARA MOVIMIENTOS AMPLIOS \_\_\_\_\_

\*Si en los movimientos amplios marco el número 6 afirmativamente, marque el número 1 del mismo, afirmativamente también.

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

1. ¿Sabe meterse la cuchara en la boca sin que normalmente se le caiga la comida?

\_\_\_\_\_

2. ¿Sabe pasar las hojas de un libro sin ayuda? (Puede pasar más de una hoja a la vez).

\_\_\_\_\_

3. ¿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?

\_\_\_\_\_

4. ¿Sabe apagar y encender la luz?

\_\_\_\_\_

5. ¿Sabe colocar siete cubitos o juguetes unos encima de otros sin ayuda? (También puede usar carretes de hilo, cajitas, o juguetes que midan aproximadamente una pulgada o tres centímetros.)

\_\_\_\_\_

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



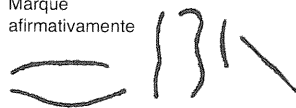
\_\_\_\_\_

TOTAL PARA MOVIMIENTOS FINOS \_\_\_\_\_

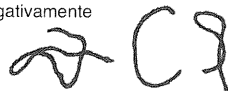
**RESOLUCIÓN de PROBLEMAS** Intente hacer cada actividad con su niño/a.

1. Después de verle a Ud. dibujar una línea de arriba abajo en la hoja de papel usando una crayola, ¿le copia intentando dibujar una línea en cualquiera dirección? (No cuente el hacer garabatos de un lado para otro.)

Marque afirmativamente



Marque negativamente



\_\_\_\_\_

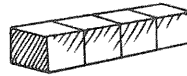
2. Sin enseñarle cómo se hace, ¿sabe dar vuelta a una botella transparente pequeña, una botella de refresco o un biberón que contenga una migaja o un Cheerio para sacarlo?

\_\_\_\_\_

**RESOLUCIÓN de PROBLEMAS** (continuación)

SÍ A VECES TODAVÍA NO

- |  |                          |                          |                          |     |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 3. ¿Juega con objetos dándoles funciones distintas a las que realmente tienen? Por ejemplo, ¿agarra un vaso y se lo pone en la oreja jugando como si fuera un teléfono? ¿Se pone una caja en la cabeza jugando como si fuera un gorro? ¿Usa un cubito, palito u otro objeto para revolver a la comida jugando? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 4. ¿Coloca las cosas en su sitio? Por ejemplo, ¿sabe que sus juguetes se colocan en un sitio determinado, que su cobija se pone en la cama y que los platos se ponen en la cocina?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 5. Si quiere algo que no alcanza, ¿Busca una silla o una caja para subirse y poderlo alcanzarlo?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 6. Mientras su niño/a le observa, ponga cuatro objetos, como unos cubos o unos carritos, en línea recta. ¿Intenta imitarle poniendo al 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"/> | ___ |



TOTAL PARA RESOLUCIÓN de PROBLEMAS \_\_\_

**SOCIO-INDIVIDUAL** Intente hacer cada actividad con su niño/a.

- |   |                          |                          |                          |     |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 1. ¿Sabe beber de un vaso o de una taza y bajarlo nuevamente sin que se le derrame mucho el contenido?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 2. ¿Le imita su niño/a haciendo las mismas actividades que Ud. hace, como limpiar algo que se le ha caído, pasar la aspiradora, afeitarse, o peinarse?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 3. ¿Come con un tenedor?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 4. Al jugar con un mono de peluche o con una muñeca, ¿lo mece, le da de comer, le cambia los pañales, lo acuesta, etc.?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 5. ¿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"/> | ___ |
| 6. ¿Se refiere a sí mismo/a llamándose "yo" más que por su propio nombre? Es decir, "yo pongo" en lugar de "Susana pone".                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |

TOTAL PARA SOCIO-INDIVIDUAL \_\_\_

**GENERAL** Padres y proveedores pueden utilizar el espacio al final o 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 hable igual que los otros niños de su edad? | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Si contesta "No", explique: _____                            |   |

**GENERAL** (continuación)

3. ¿Puede entender casi todo lo que su niño/a le dice? Sí  NO   
Si contesta "No", explique: \_\_\_\_\_
4. ¿Cree Ud. que camina, corre y trepa igual que los otros niños de su edad? Sí  NO   
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  NO   
Si contesta "Sí", explique: \_\_\_\_\_
6. ¿Tiene Ud. alguna preocupación sobre la vista de su niño/a? Sí  NO   
Si contesta "Sí", explique: \_\_\_\_\_
7. ¿Ha tenido su niño/a algún problema médico en los últimos meses? Sí  NO   
Si contesta "Sí", explique: \_\_\_\_\_
8. ¿Hay algo que le preocupe de su niño/a? Sí  NO   
Si contesta "Sí", explique: \_\_\_\_\_