

Nombre del niño/de la niña: _____ Fecha de nacimiento: _____

(Para niños/as de 27 a 32 meses de edad)

INSTRUCCIONES

1. Marque con un círculo la cajita que mejor describe el comportamiento de su hijo/a.

2. Favor de marcar con un círculo la caja “preocupado/a” si siente preocupación sobre el comportamiento en cuestión.

- | | | | | |
|--|----|----|---------|--------------|
| 1. ¿Su hijo/a lo/la mira a usted cuando le habla? | Sí | No | A veces | Preocupado/a |
| 2. ¿A su hijo/a le gusta que lo/la abracen o apapachen? | Sí | No | A veces | Preocupado/a |
| 3. ¿Su hijo/a está más apegado/a a usted de lo que usted esperaba? | Sí | No | A veces | Preocupado/a |
| 4. ¿Su hijo/a saluda a adultos que conoce? | Sí | No | A veces | Preocupado/a |
| 5. ¿Su hijo/a parece ser feliz? | Sí | No | A veces | Preocupado/a |
| 6. ¿A su hijo/a le gusta que le cuenten cuentos y le gusta cantar canciones? | Sí | No | A veces | Preocupado/a |
| 7. ¿Su hijo/a parece ser demasiado amable con extraños? | Sí | No | A veces | Preocupado/a |
| 8. ¿Su hijo/a parece ser más activo/a que otros/as de su misma edad? | Sí | No | A veces | Preocupado/a |
| 9. ¿Su hijo/a logra calmarse después de actividades emocionantes? | Sí | No | A veces | Preocupado/a |
| 10. ¿Su hijo/a llora, grita o hace berrinches por mucho tiempo? | Sí | No | A veces | Preocupado/a |
| 11. ¿Su hijo/a hace ciertas cosas repetidamente sin poder parar? Por ejemplo balancearse, agitar los brazos, dar vueltas o _____ (puede añadir cualquier otra cosa). | Sí | No | A veces | Preocupado/a |
| 12. ¿Su hijo/a puede dedicarse a actividades que le gustan durante mínimo 3 minutos (sin contar ver televisión)? | Sí | No | A veces | Preocupado/a |
| 13. ¿Su hijo/a hace lo que le pide? | Sí | No | A veces | Preocupado/a |

- | | | | | |
|--|----|----|---------|--------------|
| 14. ¿Su hijo/a se interesa por lo que lo/la rodea, como por ejemplo gente, juguetes y comida? | Sí | No | A veces | Preocupado/a |
| 15. Cuando está alterado/a, ¿su hijo se calma en un plazo de 15 minutos? | Sí | No | A veces | Preocupado/a |
| 16. ¿Su hijo/a tiene problemas con la comida, por ejemplo, se atasca, vomita, come cosas que no son comida o _____ (puede añadir cualquier otro problema)? | Sí | No | A veces | Preocupado/a |
| 17. ¿Usted y su hijo/a disfrutan comidas juntos? | Sí | No | A veces | Preocupado/a |
| 18. Cuando usted apunta hacia algo, ¿su hijo/a mira hacia donde usted apunta? | Sí | No | A veces | Preocupado/a |
| 19. ¿Su hijo/a duerme por lo menos 8 horas dentro de un periodo de 24 horas? | Sí | No | A veces | Preocupado/a |
| 20. ¿Su hijo/a le hace saber cómo se siente ya sea mediante palabras o gestos? Por ejemplo, ¿le avisa cuando tiene hambre, se lastimó o cuando está cansado/a? | Sí | No | A veces | Preocupado/a |
| 21. ¿Su hijo/a obedece instrucciones de rutina? Por ejemplo, ¿viene a la mesa o acomoda sus juguetes cuando se le pide? | Sí | No | A veces | Preocupado/a |
| 22. ¿Su hijo/a se asegura de que usted está cerca cuando explora lugares nuevos, como por ejemplo un parque o la casa de un amigo/a? | Sí | No | A veces | Preocupado/a |
| 23. ¿Su hijo/a pasa de una actividad a otra sin problemas, como por ejemplo del juego a la comida? | Sí | No | A veces | Preocupado/a |
| 24. ¿Su hijo/a se mantiene alejado/a de cosas peligrosas, como por ejemplo fuego y coches en movimiento? | Sí | No | A veces | Preocupado/a |
| 25. ¿Su hijo/a destruye o daña cosas deliberadamente? | Sí | No | A veces | Preocupado/a |
| 26. ¿Su hijo/a se lastima a sí mismo/a deliberadamente? | Sí | No | A veces | Preocupado/a |
| 27. ¿Su hijo/a juega junto a otros/as niños/as? | Sí | No | A veces | Preocupado/a |
| 28. ¿Su hijo/a trata de lastimar a otros/as niños/as, adultos o animales (por ejemplo pateando o mordiendo)? | Sí | No | A veces | Preocupado/a |