

TEST McARTHUR (18 meses – 2 años,11 meses)

**FUNDACIÓN McARTHUR
VERSION BREVE DEL INVENTARIO DEL DESARROLLO DE HABILIDADES COMUNICATIVAS
Inventario I**

Persona que llenó el cuestionario: Madre Padre Otro (especifique): _____

Nombre del niño _____
Fecha de nacimiento _____ Fecha de hoy _____

Abajo encontrará una lista de palabras frecuentes en el vocabulario de los niños pequeños. Si su hijo ya comprende, pero no dice las palabras, rellene el círculo de la palabra correspondiente en la columna que dice "comprende." Si su hijo dice palabras de la lista aunque de manera distinta (por ejemplo, "bobo" por osos o "ba" por pelota) o con diferente pronunciación (por ejemplo, "tete" por leche), o si su hijo dice otra palabra que se usa en su familia y que significa lo mismo que la que viene en el cuestionario (por ejemplo, si dice "coca" en vez de "refresco," o "super" en vez de "tienda," o "kleenex" en vez de "pañuelo"), rellene el círculo de la palabra correspondiente en la columna "comprende y dice." Recuerde que esta lista incluye las palabras que muchos niños comprenden o pueden decir. No se preocupe si su hijo no comprende o no dice todas las palabras.

	comp.	comp. y dice		comp.	comp. y dice		comp.	comp. y dice
¡ay!	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	escoba	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	querer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¡am!	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	jabón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sentar(se)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
guaguá	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	llaves	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	tener	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
miau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	vaso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	tomar(se)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
quiquiriquí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	baño	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ver	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
gato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	cama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	estar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
pollito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	cocina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	bonita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
perro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	lavabo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	caliente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vaca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	televisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	cansado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
rana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	calle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	grande	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tigre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	cielo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nuevo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	flor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sucio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
camión/troca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	iglesia/templo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	roto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
carro/coche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	fiesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ahorita/ahora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	hoy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
agua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	abuela	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	mañana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
carne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	bebé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	cómo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
leche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿dónde está?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
helado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	mamá/mami	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	quién	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
huevo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	niño	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ellas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
pan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	señora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	su	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tortilla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	adiós/byebye	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	mío	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
collar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	buenos días	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	éste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
pantalón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	por favor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	un	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
zapato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	shhh	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	más	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
boca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ojitos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	también	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
brazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	uno, dos, tres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	mucho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
manos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	no hay	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ojos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	caer(se)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	afuera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
libro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	comer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ahí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
osito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	dormir(se)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	aquí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
pelota	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	escribir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	encima	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tambor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	jugar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	en	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
botella/mamila	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	mirar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	para	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dinero	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	poner(se)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

¿(NOMBRE) ya empezó a combinar palabras, como papá coche o mas agua? todavía no de vez en cuando muchas veces

Si contestó "todavía no", no siga llenando la forma.

Si contestó "de vez en cuando" o "muchas veces", por favor, siga llenando la forma.

EJEMPLO: Por favor, escriba tres ejemplos de las frases mas largas que recuerde que (NOMBRE) haya dicho últimamente:

1. _____
2. _____
3. _____

TEST PEABODY (3 años – 6 años)

Lámina	ITEMS DE PRACTICA *Véase la parte 2 del manual para las instrucciones			
	Serie 1	Serie 2	Serie 3	Serie 4
	Para la mayoría de las personas menores de 8 años:			
A	muñeca (4)	tenedor (1)	mesa (2)	perro (3)
B	hombre (2)	peine (3)	media (4)	boca (1)
C	columpiar (3)	beber (4)	andar (1)	subir (2)
	Para la mayoría de las personas de 8 años o más:			

NOTA: La **BASE** está integrada por 8 aciertos de manera continua. Una **base** que llega al número 2 sin completar los ocho aciertos, es una *base automática*. Si existen dos bases, se toma la más alta. Un **TECHO** está conformada por 6 errores en un intervalo de 8 preguntas. Si existen dos techos, se toma el más bajo.

PALABRAS DEL TEST Y CLAVE DE PUNTUACION

Edades	Palabra	Clave	Respuesta	Errores	Edades	Palabra	Clave	Respuesta	Errores	Edades	Palabra	Clave	Respuesta	Errores				
②④	1 barco	(2)		○		46 recoger	(4)		Ω		91 árido	(4)		◇				
	2 lámpara	(4)		□		47 construcción	(2)		▽		92 frágil	(3)			○			
	3 vaca	(1)		△		48 dirigir	(2)		☆		93 instruir	(4)		□				
	4 vela	(2)		△		49 arbusto	(1)		◇		94 arqueólogo	(4)			△			
	5 trompeta	(1)		▽	⑧	50 bosque	(3)		○		95 consumir	(4)		Ω				
	6 rodilla	(4)		☆		51 agricultura	(4)		□		96 incandescente	(4)			▽			
	7 jaula	(1)		◇		52 raíz	(2)		△		97 arrogante	(2)		☆				
	8 ambulancia	(1)		○		53 nutritivo	(3)		Ω		98 utensilio	(2)			◇			
⑤	9 leer	(4)		□		54 par	(3)		▽		99 ira	(3)		○				
	10 flecha	(2)		△		55 secretaria	(4)		☆		100 cítrico	(3)			□			
	11 cuello	(3)		Ω		56 iluminación	(4)		◇		101 lubricar	(1)		△				
	12 mueble	(3)		▽		57 carrete	(1)		○		102 eslabón	(4)			Ω			
	13 abeja	(3)		☆		58 transparente	(3)		□		103 morada	(1)		▽				
	14 hora	(3)		◇		59 cosechar	(1)		△		104 anfibio	(1)			☆			
	15 medir	(2)		○	⑨	60 discusión	(1)		Ω		105 prodigio	(1)		◇				
	16 ballena	(2)		□		61 cooperación	(4)		▽		106 jubilosa	(2)			○			
	17 roto	(1)		△		62 barandal	(1)		☆		107 aparición	(2)		□				
	18 acariciar	(1)		Ω		63 sorprendido	(4)		◇		108 ascender	(3)			△			
	19 accidente	(2)		▽		64 gotear	(2)		○		109 fragmento	(3)		Ω				
	20 canguro	(2)		☆		65 embudo	(3)		□		110 perpendicular	(3)			▽			
	21 codo	(4)		◇		66 tallo	(3)		△		111 atuendo	(4)		☆				
	22 río	(3)		○		67 isla	(1)		Ω		112 córnea	(2)			◇			
	23 águila	(2)		□		68 ángulo	(2)		▽		113 paralelogramo	(1)		○				
	24 romper	(4)		△		69 desilusión	(4)		☆		114 copioso	(2)			□			
	25 pintor	(3)		Ω	⑩	70 carpintero	(2)		◇		115 inducir	(3)		△				
	26 vacío	(3)		▽		71 archivar	(3)		○		116 atónico	(3)			Ω			
⑥	27 pelar	(3)		☆		72 mercantil	(1)		□		117 transeúnte	(2)		▽				
	28 uniforme	(4)		◇		73 cuarteto	(4)		△		118 emisión	(3)			☆			
	29 tronco	(2)		○		74 marco	(1)		Ω		119 obelisco	(1)		◇				
	30 líquido	(4)		□		75 binocular	(3)		▽		120 ciénaga	(3)			○			
	31 grupo	(3)		△		76 judicial	(2)		☆		121 ambulante	(2)		□				
	32 músico	(2)		Ω		77 roer	(3)		◇		122 cóncavo	(3)			△			
	33 ceremonia	(4)		▽	⑪	78 morsa	(2)		○		123 incisivo	(1)		Ω				
	34 culebra	(4)		☆		79 confiar	(3)		□		124 elipse	(4)			▽			
	35 bebida	(1)		◇		80 ternero	(4)		△		125 decidido	(4)		☆				
	36 médico	(4)		○		81 contemplar	(2)		Ω		<p>COMPUTO DE LA PUNTUACIÓN DIRECTA</p> <p>Número del ítem tope..... _____</p> <p>Menos errores..... _____</p> <p>Es igual a la puntuación directa _____</p> <p>(*Cuenta solamente los errores entre la base más alta y el techo más bajo)</p>							
	37 aislamiento	(1)		□	⑫	82 ave	(3)		▽									
	38 mecánico	(2)		△		83 portátil	(2)		☆									
⑦	39 premiar	(3)		Ω		84 clasificar	(1)		◇									
	40 dentista	(3)		▽		85 carroña	(3)		○									
	41 hombre	(3)		☆	⑬	86 brújula	(2)		□									
	42 sobre	(2)		◇		87 esférico	(2)		△									
	43 joyas	(1)		○		88 felino	(2)		Ω									
	44 humano	(2)		□		89 paralelo	(4)		▽									
	45 artista	(1)		△	⑭	90 sumergir	(4)		☆									

ENTREVISTADOR: Observe al niño(a) y describa su estado anímico con el que desarrolló el test:

- Contento/Cooperativo.....1
- Inquieto.....2
- Nervioso.....3
- Triste.....4

(circule la respuesta)

Caminar de Espaldas

Primer Intento

[]

Segundo Intento

[]

Observaciones

PUNTAJE
 2 5 ó más pasos, más largos que el tamaño de los pies del niño. Brazos sin balancear.
 1 2-4 pasos, al arrastrar los pies, mal equilibrio.
 0 No puede dar más de un paso hacia atrás.

Observaciones

Pararse sobre un pie

Primer Intento

[] seg []

Segundo Intento

[] seg []

Observaciones

PUNTAJE
 2 Pararse sobre un pie por 10 segundos ó más.
 1 Pararse en un sólo pie por 3-9 segundos.
 0 Pararse en un sólo pie por 0-2 segundos.
 *Para recibir puntos, el niño debe cubrir el tiempo requerido. Si se sostiene de algo, se toma el tiempo antes de sujetarse.

Observaciones

Caminar de Puntitas

*Use el listón

Primer Intento

[]

Segundo Intento

[]

Observaciones

PUNTAJE
 2 5 ó más pasos cubriendo por lo menos 0.5m sin tocar los talones al piso.
 1 2-4 pasos sin tocar los talones al piso, 5 ó más pasos cubriendo menos de 0.5m
 0 No puede caminar de puntitas o cubrir alguna distancia de puntitas.

Observaciones

Pararse sobre el otro pie

Primer Intento

[] seg []

Segundo Intento

[] seg []

Observaciones

PUNTAJE
 2 Pararse sobre un pie por 10 segundos ó más.
 1 Pararse en un sólo pie por 3-9 segundos.
 0 Pararse en un sólo pie por 0-2 segundos.
 *Para recibir puntos, el niño debe cubrir el tiempo requerido. Si se sostiene de algo, se toma el tiempo antes de sujetarse.

Observaciones

Caminar una línea recta

*use el listón

Primer Intento

[]

Segundo Intento

[]

Observaciones

PUNTAJE
 2 Buen balance y todos los pasos sobre la cinta.
 1 Algunos problemas en el balance y no más de 2 pasos fuera de la cinta.
 0 Mal balance y 3 ó más pasos fuera de la cinta.
 *Para recibir puntos, el niño debe caminar por toda la cinta.

Observaciones

Caminar Saltando

Primer Intento

[]

Segundo Intento

[]

Observaciones

PUNTAJE
 3 Salta rítmicamente, alternando los pies para saltar.
 2 Si salta 2 ó 3 veces con un solo pie y no con el otro.
 1 Si salta 2 ó 3 veces sólo en un pie.
 0. Sigue parado, salta con los dos pies simultáneamente, trota o corre.

Observaciones

Memoria para frases

Puntuación 2, 1 ó 0

	Primer ensayo	Ultimo ensayo
	A _____	_____ (1) auto
1 _____	(1) mesa	
2 _____	(1) pan	
3 _____	(1) mamá	
4 _____	(1) ven	
5 _____	(1) cama	
6 _____	(2) niño alto	
7 _____	(2) casa pequeña	
8 _____	(2) hombre bueno	
9 _____	(2) silla grande	
10 _____	(2) buena comida	
11 _____	(2) En la escuela.	
12 _____	(2) La flor silvestre.	
13 _____	(2) La bebida fresca.	
14 _____	(2) La niña camina despacio.	
15 _____	(2) La plantación de maíz.	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>B _____ (2) leche caliente</p> </div>		
16 _____	(2) El día está nublado.	
17 _____	(2) La calle angosta del pueblo.	
18 _____	(2) El niño había perdido su boleto.	
19 _____	(2) En el mercado tienen muchas clases de alimentos.	
20 _____	(2) Mis abuelos pasan sus vacaciones en la playa.	
21 _____	(2) En la ciudad hay gran variedad de edificios.	
22 _____	(2) La secretaria escribe con una rapidez increíble.	
23 _____	(2) Una entretenimiento de la juventud es la música moderna.	

Nivel básico: 4 respuestas de numeración más baja calificadas con la puntuación máxima.

Nivel máximo: 4 respuestas de numeración más alta calificadas con la puntuación de 0.

- 24 _____ (2) El mármol se usa mucho para decorar edificios públicos.
- 25 _____ (2) La fotografía se manifiesta ante el mundo como un nuevo arte.
- 26 _____ (2) Al atardecer de un día de noviembre, un grupo de músicos llegó a la ciudad.
- 27 _____ (2) El movimiento cultural llamado modernismo se caracteriza por ser cosmopolita.
- 28 _____ (2) El deshielo comenzó temprano éste verano y los témpanos se deshacían lentamente sobre el mar.
- 29 _____ (2) Tiempo atrás, especialmente en épocas de nacientes repúblicas, muchos países imitaron a los franceses.
- 30 _____ (2) La psicología y la sociología son ciencias que atraen el interés de los jóvenes estudiantes, tal vez por ser relativamente nuevas.
- 31 _____ (2) No habría ocurrido la tragedia si hubieran ampliado la pista de aterrizaje, ya que su estructura nunca garantizó una total seguridad.
- 32 _____ (2) La posibilidad de obtener una nota perfecta en el examen de matemáticas es casi una imposibilidad, debido a la dificultad de los problemas y el limitado tiempo para trabajar en el examen.

Puntuación en bruto (número de puntos)

Nota: Los ítems del 1 al 5 obtienen el máximo de un punto cada uno.

TEST DE PEGBOARD (2 años – 6 años)

¿Cuál es la mano que usa [NOMBRE] para la <u>mayor parte</u> de sus actividades, cuál es la mano dominante?	Derecha..... Izquierda.....	1 2
¿Cuál es la mano que NO usa [NOMBRE] para la <u>mayor parte</u> de sus actividades, cuál es la mano no dominante?	Derecha..... Izquierda.....	1 2

Ahora vamos a jugar. ¿Ves esta tabla? Tiene una serie de huecos o agujeros por los cuales se pueden insertar estos palitos. Por qué no intentas meter unas pocas fichas con tu mano [DOMINANTE _____] para que veas como funciona?

[Deje que el niño experimente e inserte unas pocas fichas en la tabla. Asegúrese que use únicamente su mano dominante en esta práctica. Cuando el niño se haya familiarizado con los instrumentos, saque las fichas medidas por el y asegúrese que todas las fichas al igual que la tabla estén frente de el y a su alcance y que pueda agarrarlas con comodidad.]

Mano dominante

<p>1. Muy bien. Ahora quiero ver en cuánto tiempo metes TODOS lo palitos en la tabla. No comiences hasta que te diga "AHORA". Y recuerda: intenta hacerlo lo más RAPIDO que puedas y usando únicamente tu mano [DOMINANTE _____]. ¿Listo? AHORA!</p> <p>Primer Intento [] [] min. [] [] seg.</p>	<p>ENTREVISTADOR Es importante que registres si durante el test, el niño pierde interés y por esta razón no termina en forma adecuada. También es necesario que registres cualquier estado de ánimo que el niño presente durante el test, por ejemplo si se encuentra cansado o nervioso.</p> <p style="text-align: center;">Observaciones</p>
---	---

Mano dominante

<p>2. Muy bien. Juguemos este juego una vez más. Recuerda, no empieces hasta que te diga "AHORA" e intenta meter las fichas lo mas RAPIDO que puedas y usando únicamente tu mano [DOMINANTE _____]. ¿Listo? AHORA!</p> <p>Segundo Intento [] [] min. [] [] seg.</p>	<p>ENTREVISTADOR Es importante que registres si durante el test, el niño pierde interés y por esta razón no termina en forma adecuada. También es necesario que registres cualquier estado de ánimo que el niño presente durante el test, por ejemplo si se encuentra cansado o nervioso.</p> <p style="text-align: center;">Observaciones</p>
--	---

Muy bien. Ahora quiero que trates de meter todas las fichas en la tabla pero usando únicamente la otra mano, es decir la mano [NO DOMINANTE _____]. ¿Listo? AHORA!

[Deje que el niño experimente e inserte unas pocas fichas en la tabla. Asegúrese que use únicamente su mano NO dominante en esta práctica. Cuando el niño se haya familiarizado con los instrumentos, saque las fichas medidas por el y asegúrese que todas las fichas al igual que la tabla estén frente a el y a su alcance y que pueda agarrarlas con comodidad.]

Mano NO dominante

<p>3. Muy bien. Ahora quiero ver en cuánto tiempo metes TODAS las fichas en la tabla. No comiences hasta que te diga "AHORA". Y recuerda: intenta hacerlo lo más RAPIDO que puedas y usando únicamente tu mano [NO DOMINANTE _____]. ¿Listo? AHORA!</p> <p>Primer Intento [] [] min. [] [] seg.</p>	<p>ENTREVISTADOR Es importante que registres si durante el test, el niño pierde interés y por esta razón no termina en forma adecuada. También es necesario que registres cualquier estado de ánimo que el niño presente durante el test, por ejemplo si se encuentra cansado o nervioso.</p> <p style="text-align: center;">Observaciones</p>
---	---

Mano NO dominante

<p>4. Muy bien. Juguemos este juego una vez más. Recuerda, no empieces hasta que te diga "AHORA" e intenta meter las fichas lo más RAPIDO que puedas y usando únicamente tu mano [NO DOMINANTE _____]. ¿Listo? AHORA!</p> <p>Segundo Intento [] [] min. [] [] seg.</p>	<p>ENTREVISTADOR Es importante que registres si durante el test, el niño pierde interés y por esta razón no termina en forma adecuada. También es necesario que registres cualquier estado de ánimo que el niño presente durante el test, por ejemplo si se encuentra cansado o nervioso.</p> <p style="text-align: center;">Observaciones</p>
---	---

DATOS DE NACIMIENTO PARA TODOS LOS NIÑOS (18 MESES – 6 AÑOS DE EDAD)

<p>1. ¿En que lugar nació (NOMBRE)?</p>	<p>En el Hospital 1 En el Centro de salud 2 En la casa 3 En la calle 4 Otro lugar 5 Especifique No sabe9 No responde8</p>	<p align="center"> _ _ </p>																																		
<p>2. ¿Cuánto pesó (NOMBRE) al nacer?</p>	<p>Kgs. _____ } grs. _____ } → Pase preg. 4 No sabe99 No responde88</p>	<p align="center"> _ _ Kgs. _ _ _ grs _ _ </p>																																		
<p>3. ¿Cuándo (NOMBRE) nació, recuerda si su peso era....</p>	<p>Menor al promedio?..... 1 En el promedio?..... 2 Mayor al promedio?..... 3 No sabe 9</p>	<p align="center"> _ </p>																																		
<p>4. Al nacer, ¿(NOMBRE) fue puesto en cuidados intensivos, antes de entregárselo?</p>	<p>Si.....1 No2 → No sabe9 No responde8</p>	<p align="center"> _ Pase a 7</p>																																		
<p>5. ¿(NOMBRE) fue puesto en cuidados intensivos por...</p> <table border="0" style="width:100%"> <tr> <td></td> <td align="center">SI</td> <td align="center">NO</td> <td align="center">NO SABE</td> <td></td> </tr> <tr> <td>a. Ataque epiléptico o convulsión?.....</td> <td align="center">(1)</td> <td align="center">(2)</td> <td align="center">(9)</td> <td align="center"> _ </td> </tr> <tr> <td>b. Deshidratación severa?.....</td> <td align="center">(1)</td> <td align="center">(2)</td> <td align="center">(9)</td> <td align="center"> _ </td> </tr> <tr> <td>c. Insuficiencia respiratoria?.....</td> <td align="center">(1)</td> <td align="center">(2)</td> <td align="center">(9)</td> <td align="center"> _ </td> </tr> <tr> <td>d. Complicaciones cardiacas?.....</td> <td align="center">(1)</td> <td align="center">(2)</td> <td align="center">(9)</td> <td align="center"> _ </td> </tr> <tr> <td>e. Traumatismo craneal?.....</td> <td align="center">(1)</td> <td align="center">(2)</td> <td align="center">(9)</td> <td align="center"> _ </td> </tr> <tr> <td>f. Otros problemas? _____ (especifique)</td> <td align="center">(1)</td> <td align="center">(2)</td> <td align="center">(9)</td> <td align="center"> _ </td> </tr> </table>		SI	NO	NO SABE		a. Ataque epiléptico o convulsión?.....	(1)	(2)	(9)	_	b. Deshidratación severa?.....	(1)	(2)	(9)	_	c. Insuficiencia respiratoria?.....	(1)	(2)	(9)	_	d. Complicaciones cardiacas?.....	(1)	(2)	(9)	_	e. Traumatismo craneal?.....	(1)	(2)	(9)	_	f. Otros problemas? _____ (especifique)	(1)	(2)	(9)	_	
	SI	NO	NO SABE																																	
a. Ataque epiléptico o convulsión?.....	(1)	(2)	(9)	_																																
b. Deshidratación severa?.....	(1)	(2)	(9)	_																																
c. Insuficiencia respiratoria?.....	(1)	(2)	(9)	_																																
d. Complicaciones cardiacas?.....	(1)	(2)	(9)	_																																
e. Traumatismo craneal?.....	(1)	(2)	(9)	_																																
f. Otros problemas? _____ (especifique)	(1)	(2)	(9)	_																																
<p>6. ¿Cuánto tiempo permaneció (NOMBRE) en la unidad de cuidados intensivos?</p>	<p>Días _____ semanas _____ meses _____ No sabe 99</p>	<p align="center"> _ _ días _ _ semanas _ _ meses</p>																																		
<p>7. ¿Le dió o está dando pecho a (NOMBRE)?</p>	<p>Si.....1 No2 →</p>	<p align="center"> _ Pase a 10</p>																																		
<p>8. ¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando dejó de darle solamente pecho? (sin otros alimentos)</p>	<p>Meses _____ Actualmente le da exclusivamente pecho 98 No recuerda 99</p>	<p align="center"> _ _ meses</p>																																		
<p>9. ¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando dejó de darle pecho y ya comía otros alimentos?</p>	<p>Meses _____ Actualmente le da pecho 98 No recuerda 99</p>	<p align="center"> _ _ meses</p>																																		

<p>10. ¿(NOMBRE) nació en la fecha programada?</p>	<p>Si.....1 →</p> <p>No2</p> <p>No sabe9</p> <p>No responde8</p>	<p>Pase a 12</p> <p> _ </p>
<p>11. ¿Cuántos días o semanas antes o después de la fecha programada, nació (NOMBRE)?</p>	<p>Días_____</p> <p>Semanas_____</p> <p>No recuerda 88</p> <p>No sabe 99</p>	<p> _ _ días</p> <p> _ _ Semanas</p>

<p>12. En general comparado con otros niños, ¿Cómo diría Ud. Que era la salud de (NOMBRE) al nacer....</p> <p style="text-align: center;">Lea las opciones hasta obtener una respuesta afirmativa</p>	<p>Mejor que la de otros niños?.....1</p> <p>Igual a la de otros niños?.....2</p> <p>Peor que la de otros niños?.....3</p> <p>No sabe..... 9</p>	<p> _ </p>
<p>13. Desde que nació (NOMBRE), ¿cuántas veces ha estado en el hospital por 24 hrs. o más?</p> <p style="text-align: center;">NO INCLUYA LA HOSPITALIZACIÓN CUANDO (ÉL/ELLA) NACIÓ</p>	<p>Número de veces_____</p> <p>Nunca.....00 →</p> <p>No sabe..... 99</p>	<p> _ _ </p> <p>Pase a 16</p>
<p>14. ¿Cuándo fue la última vez que (NOMBRE) fue hospitalizado?</p>	<p>_____/_____ Mes Año</p> <p>No sabe..... 99</p>	<p> _ _ mes</p> <p> _ _ _ año</p>

<p>15. ¿Cuál fue el motivo de esa hospitalización?</p>	<p>Diarrea?.....1</p> <p>Deshidratación 2</p> <p>Infecciones respiratorias?..... 3</p> <p>Parasitosis intestinal?.....4</p> <p>Infección en el oído?.....5</p> <p>Enfermedad exantemática (varicela, rubéola)?.....6</p> <p>Fiebre sin otra manifestación?.....7</p> <p>Cefalea o dolor de cabeza sin otra manifestación?...8.</p> <p>Asma?.....9</p> <p>Lesión física por accidente?.....10</p> <p>Lesión física por agresión?.....11</p> <p>Algún problema ortopédico?.....12</p> <p>Retraso en su desarrollo?.....13</p> <p>Problemas para aprender?_____ 14 (especifique)</p> <p>Autismo?.....15</p> <p>Otros problemas?_____ 16 (especifique)</p> <p>No sabe..... 99</p>	<p> _ _ </p>
---	---	--------------

16. ¿Alguna vez le ha dicho su médico que (NOMBRE) tenía o tiene...	SI	NO	NO SABE	
a. Ataque epiléptico o convulsión?.....	(1)	(2)	(9)	_ _
b. Asma?.....	(1)	(2)	(9)	_ _
c. Diabetes?.....	(1)	(2)	(9)	_ _
d. Más de tres infecciones en los oídos en un año?.....	(1)	(2)	(9)	_ _
e. Dificultad en la pronunciación o retraso en hablar?.....	(1)	(2)	(9)	_ _
f. Dificultad para oír o sordera?.....	(1)	(2)	(9)	_ _
g. Dificultad para ver o ceguera?.....	(1)	(2)	(9)	_ _
h. Retraso mental?.....	(1)	(2)	(9)	_ _
i. Una grave perturbación emocional?.....	(1)	(2)	(9)	_ _
j. Anemia o deficiencia de hierro en la sangre?.....	(1)	(2)	(9)	_ _
k. Nivel elevado de plomo en la sangre?.....	(1)	(2)	(9)	_ _
l. Algún problema ortopédico?.....	(1)	(2)	(9)	_ _
m. Retraso en su desarrollo?.....	(1)	(2)	(9)	_ _
n. Problemas para aprender? _____ (especifique)	(1)	(2)	(9)	_ _
o. Autismo?.....	(1)	(2)	(9)	_ _
p. Hiperactividad, problemas de concentración?.....	(1)	(2)	(9)	_ _
q. Otros problemas? _____ (especifique)	(1)	(2)	(9)	_ _

Ahora me gustaría preguntarle acerca de la salud de (NOMBRE) durante los últimos 12 meses.				
17. Aproximadamente, ¿cuántas veces en los últimos doce meses, (NOMBRE) ha sido examinado por un médico, enfermera u otro profesional de salud por alguna enfermedad, molestia, lesión física por accidente o agresión?	Número de veces _____	Si es.....00	No sabe 99	_ _ → Pase a 20
18. ¿Cuándo fue la última vez que (NOMBRE) fue examinado por un médico, enfermera u otro profesional de salud por alguna enfermedad, molestia, lesión física por accidente o agresión?	Mes _____	Año _____	Nunca.....00	_ _ Mes _ _ _ _ año → Pase a 20
19. ¿Cual fue el último problema de salud por el que tuvo que llevar a (NOMBRE) al médico, enfermera u otro profesional de salud?	SI	NO	NO SABE	
a. Diarrea?.....	(1)	(2)	(9)	_ _
c. Deshidratación	(1)	(2)	(9)	_ _
b. Infecciones respiratorias?.....	(1)	(2)	(9)	_ _
c. Parasitosis intestinal?.....	(1)	(2)	(9)	_ _
d. Infección en el oído?.....	(1)	(2)	(9)	_ _
e. Enfermedad exantemática (varicela, rubéola)?.....	(1)	(2)	(9)	_ _
f. Fiebre sin otra manifestación?.....	(1)	(2)	(9)	_ _
g. Cefalea o dolor de cabeza sin otra manifestación?.....	(1)	(2)	(9)	_ _
h. Asma?.....	(1)	(2)	(9)	_ _
i. Lesión física por accidente?.....	(1)	(2)	(9)	_ _
j. Lesión física por agresión?.....	(1)	(2)	(9)	_ _
k. Algún problema ortopédico?.....	(1)	(2)	(9)	_ _
l. Retraso en su desarrollo?.....	(1)	(2)	(9)	_ _
m. Problemas para aprender? _____ (especifique)	(1)	(2)	(9)	_ _
n. Autismo?.....	(1)	(2)	(9)	_ _
o. Otros problemas? _____ (especifique)	(1)	(2)	(9)	_ _

ASMA (Para todos los niños)			
	20. ¿Alguna vez le ha silbado el pecho a (NOMBRE) o ha presentado dificultad para respirar?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 9	<input type="text"/> <input type="text"/> → Pase a 27
	21. ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses le ha silbado el pecho a (NOMBRE) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Veces en los últimos 12 meses No sabe 99	
	22. ¿A (NOMBRE) le ha silbado el pecho o ha padecido dificultad para respirar en los últimos 12 meses?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 9	<input type="text"/> <input type="text"/>
	23. ¿En los últimos 12 meses (NOMBRE) ha tenido silbidos del pecho lo bastante severos para limitar la conversación a una o dos palabras entre una y otra respiración?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 9	<input type="text"/> <input type="text"/>
	24. ¿En los últimos 12 meses a (NOMBRE) , le ha silbado el pecho durante o después de hacer ejercicio?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 9	<input type="text"/> <input type="text"/>
	25. ¿ (NOMBRE) ha sido diagnosticado por algún médico con asma?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 9	<input type="text"/> <input type="text"/>
	26. ¿Alguna vez (NOMBRE) ha tenido estornudos, o la nariz mormada, o con mucosidad cuando NO tuviera catarro o gripe?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 9	<input type="text"/> <input type="text"/>

	27. En general ¿Ud. Diría que la salud de (NOMBRE) es	Muy buena? 1 Buena? 2 Regular? 3 Mala? 4	<input type="text"/> <input type="text"/>
--	---	---	---

Ahora me gustaría preguntarle acerca de la salud de **(NOMBRE) durante las últimas 4 semanas.**

CLAVE	PREGUNTA	RESPUESTA	
	28. ¿En las últimas 4 semanas (NOMBRE) ha estado enfermo?	Sí.....1 No.....2 No sabe9 No responde8	<input type="text"/> <input type="text"/> Pase a preg. 35
	29. ¿De que se enfermó (NOMBRE) ? NO LEA LAS OPCIONES	Diarrea.....1 Fiebre o calentura.....2 Tos y catarro.....3 Enfermedad respiratoria.....4 Otro.....5 No responde 8 No sabe9	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

	<p>30. ¿Cuántos días duró (lleva) enfermo (NOMBRE) en las últimas 4 semanas?</p>	<p>Días _____</p> <p>No sabe 99</p>	<p>_ _ _ Días</p>
	<p>31. ¿Para esta enfermedad quién lo atendió?</p> <p>NO LEA LAS OPCIONES</p>	<p>Nadie.....01 Familiar/Amigo(a)/ Vecino(a).....02 Farmacéutico.....03 Encargado de la Comunidad/ Curandero; Partera/ Yerbero.....04 Promotor /Auxiliar de salud.....05 Médico.....06 Dentista.....07 Enfermera.....08</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Pase a preg. 33</p> <p>Otro.....09 No sabe 99 no responde.....88</p>	<p>_ _ _ </p>
	<p>32. ¿Por qué no lo(a) atendió con un médico, enfermera o algún otro personal de salud?</p> <p>NO LEA LAS OPCIONES</p>	<p>No fue necesario.....01 No hay donde atenderse....02 Es muy caro.....03 Está muy lejos.....04 No tiene confianza.....05 La tratan mal.....06 Hay que esperar mucho tiempo.....07 No tuvo tiempo de ir.....08 Fue pero no la atendieron...09 Sí lo atendió pero no le recetó nada.....10 Otro.....11 No sabe 99 No responde.....88</p>	<p>_ _ _ </p>
	<p>33. ¿Para esa enfermedad le dio o aplicó a (NOMBRE) algún remedio casero o le dio algún medicamento?</p>	<p>Sí, un remedio.....1 Sí, un medicamento.....2 Sí, ambos.....3 Un tratamiento.....4 Suero oral?..... 5</p> <p>No, ninguno.....6 No sabe 9 No responde.....8</p>	<p>_ _ </p>
	<p>34. En las últimas cuatro semanas, ¿cuántos días no ha podido (NOMBRE) realizar sus actividades cotidianas, por motivos de salud?</p>	<p>NINGUNO.....00</p> <p>NO SABE..... 99</p> <p style="text-align: center;">_ _ _ Días</p>	

Ahora me gustaría preguntarle algunas cosas en relación a las actividades de [NOMBRE]

	<p>35. ¿Quién cuida a (NOMBRE) la mayor parte del tiempo entre semana?</p>	<p>Madre 01 Padre 02 Abuelos 03 Miembro del hogar de 10 años o más ... 04 Miembro del hogar menor de 10 años ... 05 Vecinos 06 Empleada 07 Se queda solo(a) 08 Otro 09 especifique Guardería 10</p>	<p align="center">Pase a Preg. 37</p> <p align="center"> _ _ </p>
	<p>36. ¿Cuántos días a la semana y horas al día pasa (NOMBRE) en la guardería?</p>	<p align="center"> _ _ Días a la semana</p> <p align="center"> _ _ Horas al día</p> <p>No sabe 99 No responde 88</p>	
	<p>37. ¿(NOMBRE) tiene actualmente algún problema físico o mental que pudiera limitar o impedir su habilidad para ...</p> <p align="center">Seleccione más de una opción</p>	<p>hacer actividades infantiles como jugar o participar en juegos o deportes?.....1 asistir a la escuela (Kinder o guardería) regularmente?.....2 hacer tareas escolares cotidianas?.....3 No tiene ningún problema4</p>	<p align="center"> _ _ _ </p>
	<p>38. Pensando en un día normal entre semana, ¿cuánto tiempo diría usted que pasa [NOMBRE] viendo la televisión, películas o videos, ya sea en su casa o en algún otro lugar?</p>	<p>Menos de una hora por día 1 1-2 horas por día 2 Más de 2-3 horas por día 3 Más de 3-4 horas por día 4 Más de 4-5 horas por día 5 Más de 6 horas por día 6 NO SABE..... 9</p>	<p align="center"> _ </p>
	<p>39. Pensando en un día normal entre semana, ¿cuánto tiempo diría usted que pasa [NOMBRE] escuchando música, o jugando videos juegos (Atari, Sega, Nintendo) u otros juegos de video o computadora?</p>	<p>Menos de una hora por día 1 1-2 horas por día 2 Más de 2-3 horas por día 3 Más de 3-4 horas por día 4 Más de 4-5 horas por día 5 Más de 6 horas por día 6 NO SABE..... 9</p>	<p align="center"> _ </p>
	<p>40. Y pensando en un fin de semana normal, ¿cuánto tiempo diría usted que pasa [NOMBRE] viendo la televisión, películas o videos ya sea en su casa o en algún otro lugar?</p>	<p>Menos de una hora en fin de semana... 1 1-2 horas en fin de semana 2 Más de 2-3 horas en fin de semana 3 Más de 3-4 horas en fin de semana..... 4 Más de 4-5 horas en fin de semana..... 5 Más de 6 horas en fin de semana..... 6 NO SABE..... 9</p>	<p align="center"> _ </p>
	<p>41. Pensando en un fin de semana normal, ¿cuánto tiempo diría usted que pasa [NOMBRE] escuchando música, o jugando videos juegos (Atari, Sega, Nintendo) u otros juegos de video o computadora?</p>	<p>Menos de una hora en fin de semana... 1 1-2 horas en fin de semana 2 Más de 2-3 horas en fin de semana 3 Más de 3-4 horas en fin de semana..... 4 Más de 4-5 horas en fin de semana..... 5 Más de 6 horas en fin de semana..... 6 NO SABE..... 9</p>	<p align="center"> _ </p>

	<p>42. En los últimos 7 días, ¿cuantos días hizo ejercicio [NOMBRE] o participó en alguna actividad física por lo menos 20 minutos, que lo hicieran sudar o respirar con dificultad, como básquetbol, fútbol, correr, nadar, andar en bicicleta rápido, bailar, o en alguna actividad aeróbica similar?</p> <p>[ANOTAR LA REPUESTA SIN LEER LAS OPCIONES]</p>	<p>Ninguno..... 0 →</p> <p>1 día en los últimos 7 días ... 1</p> <p>2 días..... 2</p> <p>3 días..... 3</p> <p>4 días..... 4</p> <p>5 días..... 5</p> <p>6 días..... 6</p> <p>7 días..... 7</p> <p>NO SABE..... 9</p>	<p>P.P. 44</p> <p><input type="checkbox"/></p>
	<p>43. ¿En promedio cuantos minutos al día hizo esta actividad?</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Minutos al día</p> <p>No sabe 99</p> <p>No responde 88</p>	
	<p>44. En los últimos 7 días, ¿cuantos días participó [NOMBRE] en alguna actividad física por lo menos 30 minutos y que no lo hicieron sudar o respirar con dificultad como caminar, andar en bicicleta despacio, patinar o en alguna actividad aeróbica similar?</p> <p>[ANOTAR LA REPUESTA SIN LEER LAS OPCIONES]</p>	<p>Ninguno..... 0 →</p> <p>1 día en los últimos 7 días 1</p> <p>2 días..... 2</p> <p>3 días..... 3</p> <p>4 días..... 4</p> <p>5 días..... 5</p> <p>6 días..... 6</p> <p>7 días..... 7</p> <p>NO SABE..... 9</p>	<p>P.P. 46</p> <p><input type="checkbox"/></p>
	<p>45. ¿En promedio cuantos minutos al día hizo esta actividad?</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Minutos al día</p> <p>No sabe 99</p> <p>No responde 88</p>	
	<p>46. En los últimos 7 días, ¿cuantos días estuvo [NOMBRE] físicamente activo por un total de 1 hora al día? (<i>Incluya todo el tiempo que paso realizando alguna actividad física que haya incrementado su ritmo cardiaco y le haya hecho respirar con dificultad parte del tiempo</i>).</p> <p>[ANOTAR LA REPUESTA SIN LEER LAS OPCIONES]</p>	<p>Ninguno..... 0 →</p> <p>1 día en los últimos 7 días ... 1</p> <p>2 días..... 2</p> <p>3 días..... 3</p> <p>4 días..... 4</p> <p>5 días..... 5</p> <p>6 días..... 6</p> <p>7 días..... 7</p> <p>NO SABE..... 9</p>	<p>P.P. 48</p> <p><input type="checkbox"/></p>
	<p>47. ¿En promedio cuantas horas al día hizo esta actividad?</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Horas al día</p> <p>No sabe 99</p> <p>No responde 88</p>	
	<p>48. ¿Considera que (NOMBRE)</p>	<p>tiene sobrepeso? 1</p> <p>tiene obesidad? 2</p> <p>esta bajo en peso? 3</p> <p>esta bien de peso? 4</p> <p>No sabe 9</p> <p>No responde 8</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
	<p>49. ¿[NOMBRE] asiste actualmente a la escuela?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2 →</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p>P.P. 52</p>

<p>50. ¿Como llega a la escuela [NOMBRE] ...</p> <p style="text-align: center;">[LEA LAS OPCIONES]</p>	<p>Caminando?..... 1</p> <p>En bicicleta?..... 2</p> <p>En camioneta o coche?..... 3</p> <p>NO SABE..... 9</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p> <p style="text-align: right;">P.P. 52</p>
<p>51. ¿Aproximadamente que distancia tiene que recorrer (NOMBRE) para llegar a la escuela?</p> <p>[REGISTRE DISTANCIA DE LA CASA A LA ESCUELA]</p>	<p>Kilómetros..... _ _ </p> <p>Metros..... _ _ </p> <p>No sabe 99</p>	<p style="text-align: right;"> _ _ </p> <p style="text-align: right;"> _ _ </p>
<p>52. Me podría decir el número de juguetes o libros que tienen sus niños usualmente para jugar o entretenerse?</p> <p>[CONTESTE CON EL NÚMERO DE OBJETOS EN CADA CATEGORIA]</p> <p>[CONFIRME POR OBSERVACION Y REGISTRE TODAS LAS QUE APLIQUEN]</p>	<p>Pelotas..... _ _ </p> <p>Muñecos o peluches..... _ _ </p> <p>Juguetes para empujar o para jalar..... _ _ </p> <p>Libros/cuentos para leer _ _ </p> <p>Libros para colorear _ _ </p> <p>Lápices y crayolas _ _ </p> <p>Papel _ _ </p> <p>Otros juguetes para niños..... _ _ </p> <p>Otros objetos de la casa que NO son juguetes..... _ _ </p> <p>Juguetes electrónicos _ _ </p> <p>Discos compactos, cassettes o discos de música para niños _ _ </p> <p>Otros _____</p> <p style="padding-left: 40px;">Especifique</p> <p>No hay 00</p> <p>No sabe 99</p>	
<p>53. ¿Cuántas veces alguna persona de la familia llevó u organizó que alguien llevara a (NOMBRE) a cualquier tipo de museo durante el año pasado?</p>	<p>Nunca..... 1</p> <p>1 o 2 veces en el año 2</p> <p>Aproximadamente una vez al mes..... 3</p> <p>Más de 1 vez al mes..... 4</p> <p>No sabe 9</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>54. ¿Cuántas veces alguna persona de la familia tiene la oportunidad de llevar a (NOMBRE) a cualquier clase de paseo (compras, al parque, comida campestre (picnic), al cine, etc.)?</p>	<p>Alguna vez al año o menos..... 1</p> <p>Aproximadamente 1 vez al mes 2</p> <p>Aproximadamente 2 o 3 veces al mes..... 3</p> <p>Varias veces a la semana..... 4</p> <p>Aproximadamente 1 vez al día..... 5</p> <p>No sabe 9</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>55. ¿Cuál de los siguientes objetos Ud. , u otro adulto o niño mayor ha o (han) usado para ayudar a (NOMBRE) a que aprenda algo en la casa? (marcar todas las opciones que mencione)</p>	<p>Números..... 1</p> <p>El alfabeto..... 2</p> <p>Colores..... 3</p> <p>Figuras de formas y tamaños..... 4</p> <p>Libros ó cuentos 5</p> <p>Ninguno de los anteriores..... 6</p> <p>No sabe 9</p>	<p style="text-align: right;"> _ </p>
<p>56. ¿Con que frecuencia un adulto se pone a leer algún libro o cuento con los niños?</p>	<p>Nunca 1</p> <p>1 vez por mes 2</p> <p>1 – 3 veces en la semana 3</p> <p>4 – 6 veces en la semana 4</p> <p>1 vez al día 5</p> <p>2 veces al día 6</p> <p>No sabe 9</p>	

ALIMENTACION Para todos los niños

	<p>57. ¿Cuánta oportunidad le da a (NOMBRE) para seleccionar o decidir que alimentos puede comer en el desayuno y almuerzo?</p>	<p>Mucha..... 1 Alguna..... 2 Poca..... 3 Ninguna..... 4 No sabe 9 No responde 8</p>	<p align="center"> _ </p>
	<p>58. Durante la semana pasada, ¿cuántas veces (NOMBRE) tomó jugos 100% de fruta, como jugo de naranja, manzana o uva? (No considere Kool-Aid, bebidas deportivas, o bebidas con frutas artificiales)</p>	<p>Ningún día 1 1 – 3 veces en la semana 2 4 – 6 veces en la semana 3 1 vez al día 4 2 veces al día 5 3 veces al día 6 4 o más veces al día 7 No sabe 9 No responde 8</p>	<p align="center"> _ </p>
	<p>59. Durante la semana pasada, ¿cuántas veces (NOMBRE) tomó refrescos y jugos no naturales, como Kool-Aid, bebidas deportivas, o bebidas con frutas artificiales.</p>	<p>Ningún día 1 1 – 3 veces en la semana 2 4 – 6 veces en la semana 3 1 vez al día 4 2 veces al día 5 3 veces al día 6 4 o más veces al día 7 No sabe 9 No responde 8</p>	<p align="center"> _ </p>
	<p>60. Durante la semana pasada, ¿cuántas veces (NOMBRE) comió fruta? (No incluya el jugo de fruta)</p>	<p>Ningún día 1 1 – 3 veces en la semana 2 4 – 6 veces en la semana 3 1 vez al día 4 2 veces al día 5 3 veces al día 6 4 o más veces al día 7 No sabe 9 No responde 8</p>	<p align="center"> _ </p>
	<p>61. Durante la semana pasada, ¿cuántas veces (NOMBRE) comió ensaladas verdes?</p>	<p>Ningún día 1 1 – 3 veces en la semana 2 4 – 6 veces en la semana 3 1 vez al día 4 2 veces al día 5 3 veces al día 6 4 o más veces al día 7 No sabe 9 No responde 8</p>	<p align="center"> _ </p>
	<p>62. Durante la semana pasada, ¿cuántas veces (NOMBRE) comió papas? (No incluya papas a la francesa o papas fritas).</p>	<p>Ningún día 1 1 – 3 veces en la semana 2 4 – 6 veces en la semana 3 1 vez al día 4 2 veces al día 5 3 veces al día 6 4 o más veces al día 7 No sabe 9 No responde 8</p>	<p align="center"> _ </p>
	<p>63. Durante la semana pasada, ¿cuántas veces (NOMBRE) comió zanahorias?</p>	<p>Ningún día 1 1 – 3 veces en la semana 2 4 – 6 veces en la semana 3 1 vez al día 4 2 veces al día 5 3 veces al día 6 4 o más veces al día 7 No sabe 9 No responde 8</p>	<p align="center"> _ </p>

	<p>64. Durante la semana pasada, ¿cuántas veces (NOMBRE) comió otros vegetales? (No incluya ensaladas verdes, papas o zanahorias)</p>	<p>Ningún día 1 1 – 3 veces en la semana 2 4 – 6 veces en la semana 3 1 vez al día 4 2 veces al día 5 3 veces al día 6 4 o más veces al día 7 No sabe 9 No responde 8</p>	<p> _ </p>
	<p>65. Durante la semana pasada, ¿cuántos vasos de leche tomó (NOMBRE)? (incluya la leche en vaso o taza, de cartón o con cereal)</p>	<p>No tomó leche 1 1 – 3 vasos en la semana 2 4 – 6 vasos en la semana 3 1 vaso al día 4 2 vasos al día 5 3 vasos al día 6 4 o más vasos al día 7 No sabe 9 No responde 8</p>	<p> _ </p>
	<p>66. Durante la semana pasada, ¿cuántas veces (NOMBRE) comió alimentos salados industrializados como sabritas, churritos, galletas saladas, etc.?</p>	<p>Ningún día 1 1 – 3 veces en la semana 2 4 – 6 veces en la semana 3 1 vez al día 4 2 veces al día 5 3 veces al día 6 4 o más veces al día 7 No sabe 9 No responde 8</p>	<p> _ </p>
	<p>67. Durante la semana pasada, ¿cuántas veces (NOMBRE) comió alimentos dulces industrializados como donas, panquecitos, chocolates, dulces, etc.?</p>	<p>Ningún día 1 1 – 3 veces en la semana 2 4 – 6 veces en la semana 3 1 vez al día 4 2 veces al día 5 3 veces al día 6 4 o más veces al día 7 No sabe 9 No responde 8</p>	<p> _ </p>
	<p>68. Durante la semana pasada, ¿cuántas veces (NOMBRE) comió alimentos con grasas preparados en al calle como gorditas, tacos, hamburguesas, pizzas etc.?</p>	<p>Ningún día 1 1 – 3 veces en la semana 2 4 – 6 veces en la semana 3 1 vez al día 4 2 veces al día 5 3 veces al día 6 4 o más veces al día 7 No sabe 9 No responde 8</p>	<p> _ </p>

PREGUNTAS SOBRE COMPORTAMIENTO DEL HIJO(A)

CLAVE	PREGUNTA	RESPUESTA				
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> PREGUNTAS ACERCA DEL HIJO(A) PARA SER CONTESTADAS POR LA MADRE. </div> <p>A continuación hay una lista de cosas que se observan en algunos niños. Para cada declaración que describa a (NOMBRE), ya sea ahora o durante los últimos seis meses, responda de acuerdo a la escala de respuestas.</p>	Si.....1 A veces.....2 No.....3 No aplica.....N/A (por ejemplo: en pregunta 67 si el niño no va a la escuela) <i>(circule la respuesta)</i>				
CD1	69. Discute mucho	1	2	3	N/A	
CD2	70. Es fanfarrón u ostentoso(a).	1	2	3	N/A	
CD3	71. Se queja de que se siente solo(a).	1	2	3	N/A	
CD4	72. Lloro mucho.	1	2	3	N/A	
CD5	73. Es abusador(a), cruel o malo(a) con los demás.	1	2	3	N/A	
CD6	74. Exige mucha atención.	1	2	3	N/A	
CD7	75. Destruye sus propias cosas.	1	2	3	N/A	
CD8	76. Destruye las pertenencias de sus familiares o las de otros.	1	2	3	N/A	
CD9	77. Desobedece en la casa.	1	2	3	N/A	
CD10	78. Desobedece en la escuela.	1	2	3	N/A	
CD11	79. No parece sentirse culpable después de portarse mal.	1	2	3	N/A	
CD12	80. Se pone celoso(a) fácilmente.	1	2	3	N/A	
CD13	81. Tiene miedo de que pueda pensar o hacer algo malo.	1	2	3	N/A	
CD14	82. Siente que tiene que ser perfecto(a).	1	2	3	N/A	
CD15	83. Siente o se queja de que nadie lo(a) quiere.	1	2	3	N/A	
CD16	84. Siente que los demás lo(a) quieren perjudicar o fastidiar.	1	2	3	N/A	
CD17	85. Se siente inferior o como si no valiera nada.	1	2	3	N/A	
CD18	86. Se involucra mucho en peleas.	1	2	3	N/A	
CD19	87. Se junta con gente que se involucra en problemas.	1	2	3	N/A	
CD20	88. Prefiere estar solo(a) en vez de estar con otros.	1	2	3	N/A	
CD21	89. Dice mentiras o hace trampas.	1	2	3	N/A	
CD22	90. Es nervioso(a), tenso(a).	1	2	3	N/A	
CD23	91. Es demasiado ansioso(a) o miedoso(a).	1	2	3	N/A	
CD24	92. Se siente mareado(a).	1	2	3	N/A	
CD25	93. Se siente culpable por cualquier cosa.	1	2	3	N/A	
CD26	94. Se cansa demasiado.	1	2	3	N/A	

ENTREVISTADOR CONTESTE A PARTIR DE SUS PROPIAS OBSERVACIONES SOBRE LA INTERACCIÓN DE LA INFORMANTE (Y SU PAREJA) CON LOS NIÑOS DEL NÚCLEO FAMILIAR

95. ¿Estuvo al menos uno de los niños menores del núcleo familiar despierto durante la entrevista?	Sí..... 1 No..... 2	<input type="checkbox"/>
96. ¿El padre o la madre dirigieron espontáneamente palabras o sonidos de afecto a alguno de los niños presentes en por lo menos dos ocasiones?	Sí..... 1 No..... 2	<input type="checkbox"/>
97. Por lo menos en una ocasión, ¿el padre o la madre respondieron verbalmente ante sonidos y palabras de afecto hechas por alguno de sus hijos hacia ellos?	Sí..... 1 No..... 2	<input type="checkbox"/>
98. Por lo menos en una ocasión, ¿el padre o la madre enseñaron a alguno de sus hijos algo acerca de un objeto o de alguna persona?	Sí..... 1 No..... 2	<input type="checkbox"/>
99. Por los menos en dos ocasiones, ¿el padre o la madre alabaron espontáneamente a alguno de sus hijos?	Sí..... 1 No..... 2	<input type="checkbox"/>
100. Cuando el padre o la madre hablan con sus hijos o sobre sus hijos, ¿transmiten sentimientos positivos hacia ellos?	Sí..... 1 No..... 2	<input type="checkbox"/>
101. ¿El padre o la madre acariciaron o besaron alguno de sus hijos por lo menos una vez?	Sí..... 1 No..... 2	<input type="checkbox"/>
102. ¿El padre o la madre le gritaron a alguno de sus hijos?	Sí..... 1 No..... 2	<input type="checkbox"/>
103. ¿El padre o la madre expresaron fastidio u hostilidad hacia alguno de sus hijos?	Sí..... 1 No..... 2	<input type="checkbox"/>
104. ¿El padre o la madre le pegaron a alguno de sus hijos durante la entrevista?	Sí..... 1 No..... 2	<input type="checkbox"/>
105. ¿El padre o la madre regañaron o criticaron a alguno de sus hijos durante la entrevista?	Sí..... 1 No..... 2	<input type="checkbox"/>
106. ¿El padre o la madre prohibieron hacer algo a alguno de sus hijos por más de 3 ocasiones?	Sí..... 1 No..... 2	<input type="checkbox"/>
107. ¿Cuál fue el aspecto de las uñas y manos del niño?	Limpias..... 1 Un poco sucias..... 2 Muy sucias..... 3	<input type="checkbox"/>
108. ¿Cuál fue el aspecto del cabello del niño?	Limpio..... 1 Un poco sucio..... 2 Muy sucio..... 3	<input type="checkbox"/>
109. ¿Cuál fue el aspecto de la cara del niño?	Limpia..... 1 Un poco sucia..... 2 Muy sucia..... 3	<input type="checkbox"/>
110. ¿Cómo era la ropa que vestía el niño?	Adecuada para el clima y seca..... 1 No adecuada (tiene frío o calor)..... 2	<input type="checkbox"/>
111. ¿El niño tenía puesto los zapatos o algún calzado?	Sí..... 1 No..... 2	<input type="checkbox"/>
112. ¿El niño se encontraba orinado (a) y/o se había hecho popo y no lo habían cambiado?	Sí..... 1 No..... 2	<input type="checkbox"/>



CONTROL DE MUESTRAS Y MEDICIONES (NIÑOS DE 18 MESES A 6 AÑOS)

Muestra de Sangre (Hemoglobina)	
¿A qué hora (NOMBRE), tomó su último alimento (desayuno, comida o cena)? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">UTILICE HORARIO DE 24 HORAS</div>	[] [] : [] [] horas NO SABE HORA.....99 NO SABE MINUTOS....99
HORA DE LA TOMA DE LA MUESTRA	[] [] : [] [] horas NO SE TOMO.....99 99
CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA	[] [] . [] g / dl

Resultados de la Antropometría		
¿Se realizó la medición de peso?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> Por qué: _____ _____
¿Se realizó la medición de talla?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> Por qué: _____ _____
No. Toma	Primera	Segunda
PESO	[] [] . [] kg	[] [] . [] kg
TALLA	[] [] [] . [] cm	[] [] [] . [] cm

OBSERVACIONES:
