NORC: 4822 OMB: 1220-0109

EXP: 12/31/1998



# **SUPLEMENTO PARA LA MADRE**

For Children from Birth - Age 14

Round 18

NLSY79 - 1998

The National Longitudinal Survey of Youth

NORC University of Chicago CENTER FOR HUMAN RESOURCE RESEARCH THE OHIO STATE UNIVERSITY

	ITERVIEWER USE ONLY
CODE ONE:	STAFF_ID
SELF ADMINISTERED	
INTERVIEWER ADMINISTERED	2 CASE ID
TELEPHONE ADMINISTERED	

(CHILD'S	FULL	NAME)
----------	------	-------

2.	INTERVIEWER:         IS THIS MS BEING COMPLETED THE SAME DAY AS THE CS (CHILD CAPI INTERVIEW)?           YES         (SKIP TO Q.5)         1           NO         (GO TO Q.3)         0
3.	RECORD DATE THIS SUPPLEMENT IS BEING COMPLETED.  9 8  YEAR MONTH DAY
4.	RECORD CHILD'S DOB FROM CHILD FACE SHEET (ITEM 2).  The state of the s
5.	[RECORD CHILD'S AGE IN YEARS  AND MONTHS FROM AGE CALCULATOR YEARS MONTHS DAYS OR COMPUTE CHILD'S AGE BY SUBTRACTING Q.4 FROM Q.3.]
6.	CIRCLE AGE-APPROPRIATE SECTIONS ON MS CHART ON INSIDE COVER. WRITE CHILD'S NAME AT TOP OF APPROPRIATE SECTIONS.
7.	WRITE IN FULL NAME OF PERSON COMPLETING THIS SUPPLEMENT.
	(FULL NAME OF MOTHER/GUARDIAN)
8.	WHAT IS THIS PERSON'S RELATIONSHIP TO <u>CHILD</u> ? RECORD RELATIONSHIP AND CODE ONE FROM LIST BELOW. (IF NECESSARY, ASK R FOR THE RELATIONSHIP.)
	(RELATIONSHIP TO CHILD)
1000	FATHER         04         OTHER RELATIVE (SPECIFY)           MOTHER         05         55           BROTHER         06         STEPFATHER         37           SISTER         07         STEPMOTHER         38           GRANDFATHER         08         STEPBROTHER         39           GRANDMOTHER         09         STEPSISTER         40           UNCLE         12         FOSTER FATHER         50           AUNT         13         FOSTER MOTHER         51           GREAT UNCLE         14         GUARDIAN         54           GREAT AUNT         15         OTHER NONRELATIVE (SPECIFY)           COUSIN         16         56

## SUPLEMENTO PARA LA MADRE

#### INTERVIEWER: READ TO MOTHER/GUARDIAN!

#### INTRODUCCION PARA LA MADRE/GUARDIAN:

Hay cinco secciones en este suplemento, cada una para niños de distintas edades. Ud. sólo debe completar algunas partes del suplemento según la edad de su niño(a).

El nombre de su niño(a) está escrito en las partes que <u>usted debe responder</u>. Por favor asegúrese de que el nombre de su niño(a) aparezca en las páginas destinadas a su grupo de edad.

Si alguna pregunta no está clara, por favor haga un círculo alrededor del número de la pregunta, y pregúnteme cuando haya completado el suplemento.

Ahora pase a la parte de la SECCION 1: EL HOGAR que tiene anotado el nombre de su niño(a):

- (1) Si su niño(a) todavía no ha cumplido 3 años, use la PARTE A, página 3.
- (2) Si su niño(a) tiene al menos 3 años, pero todavía no ha cumplido 6 años, use la <u>PARTE B</u>, página 9.
- (3) Si su niño(a) tiene al menos 6 años, pero todavía no ha cumplido los 10 años, use la <u>PARTE C</u>, página 15.
- (4) Si su niño(a) ha cumplido los 10 años, use la PARTE D, página 25.

## HAND MOTHER SUPPLEMENT TO MOTHER

## PARTE A: PARA NIÑOS DE MENOS DE 3 AÑOS DE EDAD

Para NON	, quien todavía no ha cumplido 3 años.  MBRE DEL NIÑO(A)
INSTRUCCIONES	PARA LA MADRE/GUARDIAN:
Estamos interesado	s en el estilo de vida y las reglas de su familia.
	lgunas de las preguntas con un SI o con un NO, o con alguna otra palabra o frase. círculo alrededor del número que corresponda a la respuesta que usted seleccione.
Otras preguntas tie	nen un rectángulo dentro del cual usted debe anotar su respuesta.
	no está clara, por favor marque su número con un círculo y pregúntele al/a la erca de ella cuando usted haya terminado el suplemento.
	nte con qué frecuencia su niño(a) tiene la oportunidad de salir de la casa (por su cuenta o por una persona mayor)?
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)
	Nunca
	Alrededor de una vez al mes o menos 02
	Unas cuantas veces al mes
	Alrededor de una vez a la semana 04
	Unas cuantas veces a la semana
	4 o más veces a la semana
	Todos los días
2. ¿Aproximadame	nte cuántos libros para niños tiene su niño(a)?
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)
	Ninguno
	1 ó 2 libros
	De 3 a 9 libros
	10 o más libros

3.	¿Con qué frecuencia tiene usted la oportunidad de leerle cuentos a su niño(a)?
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)
	Nunca
	Varias veces al año 02
	Varias veces al mes
	Una vez a la semana
	Alrededor de 3 veces a la semana 05
	Todos los días
4.	¿Con qué frecuencia lleva usted a su niño(a) al almacen?
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)
	Dos veces a la semana o más 1
	Una vez a la semana
	Una vez al mes 3
	Casi nunca
5.	¿Alrededor de cuántos juguetes blanditos, acogedores, o que puedan representar a una persona (como una muñeca) tiene su niño(a), si es que tiene alguno? (Puede compartirlo con su hermana o hermano).
	(ESCRIBA EL NUMERO DE JUGUETES).
	NUMERO DE JUGUETES =
6.	¿Alrededor de cuántos juguetes que se empujan o se jalan tiene su niño(a), si es que tiene alguno? (Puede compartirlo con su hermano o hermana).
	(ESCRIBA EL NUMERO DE JUGUETES).
	NUMERO DE JUGUETES =

7.	Algunos padres dedican tiempo a enseñarles a sus niños nuevas habilidades mientras que otros padres piensan que los niños aprenden mejor por su propia cuenta. ¿Cuál de las siguientes frases describe mejor su actitud?
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)  "Los padres <u>siempre deberían dedicar</u> <u>tiempo</u> a enseñar a sus niños"
	"Los padres por lo general deberían dedicar tiempo a enseñar a sus niños"
	"Los padres <u>por lo general deberían</u> <u>permitir</u> que sus niños aprendan por su cuenta"
	"Los padres <u>siempre deberían permitir</u> que sus niños aprendan por su cuenta" 4
8.	Piense por un momento en un día entre semana típico para su familia. ¿Cuánto tiempo, diría Ud., que pasa su niño(a) viendo televisión en un día entre semana típico?
	(ESCRIBA LAS HORAS POR <u>DIA ENTRE SEMANA</u> .)
	Menos de 1 hora por día entre semana 00
9.	Ahora, piense en un típico día de fin de semana (Sabado o Domingo) para su familia. ¿Cuánto tiempo, diría Ud., que pasa su niño(a) viendo televisión en un día de fin de semana típico (ya sea en su casa o en algún otro lugar)?
	(ESCRIBA LAS HORAS POR <u>DIA DE FIN DE SEMANA</u> .)
	Menos de 1 hora durante un día de fin de semana 00
10.	¿Aproximadamente cuántas horas al día está encendida la televisión en su casa?
	(ESCRIBA LAS HORAS AL <u>DIA</u> .)
	Menos de una hora al día
11.	¿Su niño(a) ve alguna vez a su padre, padrastro o figura paterna?
	Sí 1
	No.

12.	¿Es este hombre el	l padre biológico, el padrastro o una figura paterna de su l	nijo(a)?
		(MARQI	JE CON UN CIRCULO UN NUMERO)
		Padre biológico	1
		Padrastro	2
		Figura paterna	3
		No hay padre, padrastro ni figura paterna	4
13.	¿Qué relación hay	entre él y <u>Ud</u> .?	
		(MARQI	JE CON UN CIRCULO UN NUMERO)
		Su esposo	01
		Su ex-esposo	02
		Su compañero	03
		Su ex-compañero	04
		Su enamorado/ novio	05
		Su ex-enamorado	06
		Su "fiance" (novio de compromiso)	07
		Su amigo	08
		Su padre	09
		Su abuelo	10
		Su hermano	11
		Su tío	12
		Otro (por favor escriba quién es)	
			13
		No hay nadre nadrastro ni figura naterna	14

(o con la madre y el padrastro o figura paterna)?  (MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)
(o con la madre y el padrastro o figura paterna)?  (MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)
(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)
na 04
05
06
gura paterna 07
están ocupados, haciendo labores domésticas, por ejemplo. tras usted trabaja?
(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO
entras trabajo l
o(a) mientras trabajo 2
ntras trabajo 3
•

17. ¿Qué tan unido(a) se siente su niño(a) a . . .
POR FAVOR CONTESTE A CADA UNO DE LOS PUNTOS (A-D)

	Extrema- damente <u>Unido</u>	Muy <u>Unido</u>	Bastante <u>Unido</u>	Nada <u>Unido</u>	No Tiene Ese <u>Padre</u>
A usted?	1	2	3 ,	4	
B su padre biológico?	1	2	3	4	5
C su madrastra?	1	2	3	4	5
D su padrastro?	1	2	3	4	5

18. A veces los niños se portan bien y a veces no. ¿Cómo cuántas veces, si es que lo hizo, ha tenido Ud. que pegarle/darle nalgadas a su niño(a) durante la semana pasada?

NUMERO DE VECES =	
NOMERO DE VECES =	

No le dio nalgadas al niño(a) la semana pasada . . . . . . . 00

#### MADRE/GUARDIAN:

- (1) SI SU NIÑO(A) ES MENOR DE 1 AÑO, PASE A LA SECCION 2, PARTE A, PAGINA 33.
- (2) SI SU NIÑO(A) HA CUMPLIDO I AÑO, PERO NO HA CUMPLIDO 2 AÑOS, PASE A LA SECCION 2, <u>PARTE B</u>, PAGINA 39.
- (3) SI SU NIÑO HA CUMPLIDO 2 AÑOS, PASE A LA SECCION 2, PARTE C, PAGINA 43.

~		.~		
DADTE D. DADA NINGS (	NICTICNEN AT MENOC 2	ANOC DE EDAD	DEDU WENUS DE 9	
PARTE B: PARA NIÑOS (	C CONTAIN AT MENDING 3	ANOS DE EDAD	, i eno menos de d	$\mu_{\rm M}$

ParaN	quien ya ha cumplido 3 años pero todavía no tiene 6 años.
INSTRUCCIO	NES PARA LA MADRE/GUARDIAN:
Estamos intere	sados en el estilo de vida y en las reglas de su familia.
	erá algunas preguntas con un SI o con un NO o con otra palabra o frase. Por favor o círculo el número que corresponda a la respuesta que usted seleccione.
Otras pregunta	as tienen recuadros para que usted escriba la respuesta.
	unta no está clara, por favor marque su número con un círculo y pregúntele al/a la a) acerca de ella cuando usted haya terminado el suplemento.
. ¿Aproxima	damente con qué frecuencia le lee usted cuentos a su niño(a)?
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUM
	Nunca
	Varias veces al año 02
	Varias veces al mes
	Una vez a la semana
	Al menos tres veces a la semana 05
	Todos los días
. ¿Alrededor	de cuántos libros para niños tiene su niño(a)?
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUM
	Ninguno
	1 ó 2 libros
	3 a 9 libros
	10 o más libros

3.	¿Alrededor de cuántas revistas adquiere su familia regularmente?  (MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)
	Ninguna
	Una
	Dos
	Tres
	Cuatro o más
	Cuatro o mas
4.	¿Tiene su niño(a) acceso a un tocadiscos, o un "CD player", o una grabadora aquí en su casa, o tiene al menos 5 discos o cintas para niños? (Puede compartirlos con su hermano o hermana).
	Sí1
	No
5.	Ponga un círculo alrededor de las cosas que usted (u otro adulto o niño mayor) le esté ayudando o le haya ayudado a aprender a su niño(a) aquí en su casa.
	(MARQUE CON UN CIRCULO TODOS LOS NUMEROS QUE CORRESPONDAN
	Los números
	El alfabeto
	Los colores
	Las formas y los tamaños 4
	Ninguna de estas cosas
6.	¿Cuántas opciones tiene su niño(a) para decidir qué comida desayuna o almuerza?
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)
	Muchas opciones 1
	Algunas opciones
	Pocas opciones 3
	Ninguna opción 4
7.	¿Alrededor de cuántas horas al día está la televisión prendida en su casa todos los días?
	(ESCRIBA LAS HORAS AL DIA)
	HORAS AL DIA =
	Menos de 1 hora al día
	No hou tolouisión

8.	La mayoría de los niños de vez en cuando se disgustan con sus padres. Si su niño(a) se disgustara tanto que le pegara a usted, ¿qué haría usted?
	(MARQUE CON UN CIRCULO TODOS LOS NUMEROS QUE CORRESPONDAN)
•	Devolverle el golpe
	Enviarlo(a) a su cuarto
	Darle unas nalgadas/pegarle
	Hablarle
	No hacerle caso
	Darle una tarea doméstica
	Retirarle su asignación/"domingo" (allowance) 07
	Tomarle las manos al/a Ia niño(a) hasta que se calme 08
	Otra cosa (POR FAVOR ESCRIBA QUE MAS)
	09
	Darle el niño(a) un breve tiempo solo(a) ("time out") 10
	¿Con qué frecuencia un familiar tiene la oportunidad de llevar a su niño(a) de paseo a alguna parte (de compras, parque, picnic, autocine, etc.)?  (MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)
	Unas cuantas veces al año o menos 1
	Alrededor de una vez al mes
	Alrededor de 2 ó 3 veces al mes
	Varias veces a la semana
	Alrededor de una vez al día 5
10.	Durante el año pasado ¿cuántas veces un familiar ha llevado o ha hecho arreglos para llevar a su niño(a) a algún tipo de museo (museo para niños, científico, de arte, histórico, etc.)?
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)
	Nunca
	Una o dos veces
	Varias veces
	Más o menos una vez al mes 4
	Más o menos una vez a la semana o más frecuentementete

11.	Piense por un momento en un día entre semana típico para su familia. ¿Como cuánto tiempo, diría Ud., que pa su niño(a) viendo televisión en un típico día entre semana (ya sea en su casa o en algún otro lugar)?						
	(ESCRIBA LAS HORAS POR <u>DIA ENTRE SEMANA</u> .)						
	Menos de una hora al día						
12.	Ahora, piense en un día de fin de semana típico (Sabado o Dominog) para su familia. ¿Como cuánto tiempo diría Ud., que pasa su niño(a) viendo televisión en un día típico de fin de semana (ya sea en su casa o en algún otro lugar)?						
	(ESCRIBA LAS HORAS AL DIA DE <u>FIN DE SEMANA</u> .)						
	Menos de una hora al día de fin de semana						
13.	Su niño(a) ve a su padre, padrastro o figura paterna?						
	Si 1						
	No 0						
14.	¿Es este hombre el padre biológico, el padrastro o una figura paterna de su hijo(a)?						
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)						
	Padre biológico						
	Padrastro						
	Figura paterna						
	No hay padre, padrastro ni figura paterna 4						

## ¿Qué relación hay entre él y usted? (MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO) Su "fiance" (novio de compromiso) . . . . . . . . . . . . . . . . 07 Otro (por favor escriba quién es) 13 No hay padre, padrastro ni figura paterna ..... 14 ¿Su niño(a) ve a esta persona todos los días? 16.

No hay padre, padrastro ni figura paterna ..... 2

17.	Aproximadamente, ¿	cuántas veces come su	niño(a) con <u>a</u>	<u>mbos</u> padres, (	o madre y pa	drastro o figura pa	terna)?
				(MA	RQUE CON	UN CIRCULO UI	N NUMERO)
		Más de una vez al día			01		
		Más o menos una vez a	aldía		02		-
		Varias veces a la semai	na		03		
		Alrededor de una vez a	a la semana .		04		
		Alrededor de una vez a	al mes		05		
		Nunca			06		
		No hay padre, padras	tro ni figura	paterna	07		
18.	= -	siente su niño(a) a ESTE A CADA UNO Extrema- damente <u>Unido</u>		NTOS (A-D)  Bastante <u>Unido</u>	Nada <u>Unido</u>	No Tiene Ese <u>Padre</u>	
	A usted?	1	2	3	4		
	B su padre biológ	gico?1	2	3	4	5	
	C su madrastra?	1	2	3	4	5	
	D su padrastro?	1	2	3	4	5	
19.		se portan bien y a veco durante la semana pasa		menos cuántas	s veces, si es	que lo hizo, ha ter	— nido que darle
		NUMERO DE VECES	S =				
		No le dio nalgadas al n	iño la semana	a pasada	00		

POR FAVOR PASE A LA SECCIÓN 2, <u>PARTE C,</u> PÁGINA 43.

## PARTE C: PARA NIÑOS QUE TIENEN AL MENOS 6 AÑOS DE EDAD, PERO MENOS DE 10 AÑOS.

ParaNO	quien ha cumplido 6 años pero aun no ha cumplido los 10 años. MBRE DEL NIÑO(A)
INSTRUCCI	ONES PARA LA MADRE/GUARDIAN:
Estamos inter	esados en el estilo de vida y las reglas de su familia.
	iderá algunas preguntas con un SI o con un NO, o con otra palabra o frase. Por favor un círculo el número que corresponda a la respuesta que usted seleccione.
Otras pregun	tas tienen unos recuadros dentro de los cuales usted escribirá su respuesta.
	gunta no está clara, marque su número con un círculo y pregúntele al/a la entrevistador(a) cuando usted haya terminado el suplemento.
. ¿Alrededo	or de cuántos libros tiene su niño(a)?
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN I
	Ninguno 1
	1 ó 2 2
	3 a 9
	10 o más
. ¿Aproxim	adamente con qué frecuencia le lee usted cuentos a su niño(a)?
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN I
	Nunca
	Varias veces al año
	Varias veces al mes
	Alrededor de 1 vez a la semana
	Al menos tres veces a la semana
	Todos los días

5.

3. ¿Con qué frecuencia se espera que su niño haga cada una de las siguientes actividades? (MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO EN CADA PREGUNTA)

		Casi <u>Nunca</u>	Menos de la 1/2 de las <u>veces</u>	La 1/2 de las <u>veces</u>	Más de la 1/2 de las <u>veces</u>	Casi <u>siempre</u>
a.	¿Haga su propia	<u>- 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1</u>		<u> </u>	<u></u>	
	cama?	1	2	3	4	5
b.	¿Limpie su propio					
	cuarto?	1	2	3	4	5
c.	¿Limpie después					
	de derramar algo?	1	2	3	4	5
d.	¿Se bañe solo(a)?	1	2	3	4	5
e.	¿Ordene sus					
	propias cosas?	1	2	3	4	5
Tj	iene su niño(a) algún instr			_	-	rra, etc.) aquí en su casa
	S1		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		1	
	No				0	
Αś	dquiere su familia un peri	ódico diarian	nente?			
	26				1	

6.	¿Aproximadamente con qué frecuencia su niño(a) lee por placer?					
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)					
	Todos los días					
	Varias veces a la semana					
	Varias veces al mes					
	Varias veces al año 4					
	Nunca					
7.	¿Alienta su familia a su niño(a) a que empiece y continúe haciendo actividades por afición o "hobbies"?					
	Sí1					
	No 0					
8.	¿Recibe su niño(a) clases especiales o pertenece a alguna organización que estimule actividades como deportes, música, arte, danza, teatro, etc.?					
	Sí 1					
	No					
9.	¿Cuántas veces algún familiar ha llevado o ha hecho arreglos para llevar a su niño(a) a algún tipo de museo (para niños, científico, de arte, histórico, etc.) en el último año?					
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)					
	Nunca					
	Una o dos veces					
	Varias veces					
	Alrededor de una vez al mes 4					
	Alrededor de una o más veces a la semana 5					

10.	¿Cuántas veces algún familiar ha llevado o hecho arreglos para llevar a su niño(a) a algún tipo de espectáculo musical o teatral en el último año?					
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO Nunca					
	Una o dos veces					
	Varias veces					
	Alrededor de una vez al mes 4					
	Alrededor de una o más veces a la semana 5					
11.	¿Aproximadamente con qué frecuencia toda su familia se reúne con familiares o amigos?					
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO Una o menos veces al año					
	Unas cuantas veces al año					
	Alrededor de una vez al mes					
	Dos o tres veces al mes					
	Una o más veces a la semana					
12.	Piense por un momento en un día entre semana típico para su familia. ¿Como cuánto tiempo, diría Ud., que pasa su niño(a) viendo televisión en un típico día entre semana (en su casa o en algún otro lugar)?					
	(ESCRIBA LAS HORAS POR <u>DIA ENTRE SEMANA</u> .)					
	Menos de una hora al día					
13.	Ahora, piense en un día de fin de semana típico (Sabado o Domingo) para su familia. ¿Como cuánto tiempo diría Ud. que pasa su niño(a) viendo televisión en un típico día de fin de semana (en su casa o en algún otro lugar)?					
	(ESCRIBA LAS HORAS AL DIA DE <u>FIN DE SEMANA</u> )					
	Menos de una hora al día de fin de semana 00					

	Su niño(a) ve a su padre, padrastro o figura paterna?	
	Si	1
	No	0
15.	¿Es este hombre el padre biológico, el padrastro o una figura paterna de su hijo	o(a)?
	(MARQUE	CON UN CIRCULO UN NUMERO
	Padre biológico	1
	Padrastro	2
	Figura paterna	3
	No hay padre, padrastro ni figura paterna	4
	Su ex-esposo	
	(MARQUE	CON UN CIRCULO UN NUMER
	Su ex-esposo	
	Su compañero	
	Su ex-compañero	. 03
	-	
	Su enamorado/novio	. 04
	Su enamorado/novio	. 04
	Su ex-enamorado/ex-novio	. 04 . 05 . 06
		. 04 . 05 . 06 . 07
	Su ex-enamorado/ex-novio	. 04 . 05 . 06 . 07 . 08
	Su ex-enamorado/ex-novio	04 05 06 07 08 09
	Su ex-enamorado/ex-novio	04 05 06 07 08 09
	Su ex-enamorado/ex-novio	04 05 06 07 08 09 10
	Su ex-enamorado/ex-novio	04 05 06 07 08 09 10

17.	Aproximadamente con qué frecuencia su niño(a) pasa tiempo con su padre, padrastro, o figura paterna?
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)
	Una vez al día o más frecuentemente 01
	Al menos cuatro veces a la semana
	Alrededor de 1 vez a la semana 03
	Alrededor de 1 vez al mes 04
	Unas cuantas veces al año o menos
	Nunca
	No hay padre, padrastro ni figura paterna 07
18.	¿Aproximadamente con qué frecuencia su niño(a) pasa tiempo con su padre, padrastro o figura paterna en actividades al aire libre?
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)
	Una vez al día o más frecuentemente 01
	Al menos 4 veces a la semana 02
	Alrededor de 1 vez a la semana
	Alrededor de 1 vez al mes 04
	Unas cuantas veces al año o menos
	Nunca
	No hay padre, padrastro ni figura paterna 07
	No sabe
19.	¿Con qué frecuencia come su niño(a) con ambos padres, (o madre y padrastro o figura paterna)?
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)
	Más de una vez al día 01
	Una vez al día
	Varias veces a la semana
	Alrededor de una vez a la semana 04
	Alrededor de una vez al mes
	Nunca
	No hay padre, padrastro ni figura paterna 07

	Sí .				1					
	No ter	ngo televisión .			2					
21.	¿Qué tan unido(a) se siente su niño(a) a POR FAVOR CONTESTE A CADA UNO DE LOS PUNTOS (A-D)									
		Extrema- damente <u>Unido</u>	Muy <u>Unido</u>	Bastante <u>Unido</u>	Nada <u>Unido</u>	No Tiene Ese <u>Padre</u>				
	A usted?	1	2	3	4					
	B su padre biológico? 1									
	=			C su madrastra?						
			2	3	4	5				
		1								
22.	C su madrastra?	1	os con sus pa	adres que dicen	cosas como	5				
22.	C su madrastra?  D su padrastro?  Algunas veces los niños se	ponen tan enojac	dos con sus pa	adres que dicen	cosas como 'o sucediera.	5				
22.	C su madrastra?  D su padrastro?  Algunas veces los niños se durante una pelea. Por fav	ponen tan enojac	dos con sus padidas que uste	adres que dicen ed tomaría si esc	cosas como o sucediera.	5 				
222.	C su madrastra?  D su padrastro?  Algunas veces los niños se durante una pelea. Por fav	ponen tan enojac or señale las me	los con sus pa didas que uste ON UN CIRC	adres que dicen ed tomaría si esc	cosas como o sucediera.  LOS NUME	5 				
22.	C su madrastra?  D su padrastro?  Algunas veces los niños se durante una pelea. Por fav	ponen tan enojac or señale las me (MARQUE Co	dos con sus padidas que uste	adres que dicen ed tomaría si esc	cosas como o sucediera.  LOS NUME01	5 				
222.	C su madrastra?  D su padrastro?  Algunas veces los niños se durante una pelea. Por fav  No de (Pegar Hablan	ponen tan enojac or señale las mec (MARQUE Co jarlo salir de la co	dos con sus padidas que uste	adres que dicen ed tomaría si esc	cosas como o sucediera.  LOS NUME010203	5 				
222.	C su madrastra?  D su padrastro?  Algunas veces los niños se durante una pelea. Por fav  No de (Pegar Hablat Darle	ponen tan enojac or señale las me (MARQUE Co jarlo salir de la co tle/darle nalgada	dos con sus padidas que uste ON UN CIRC asa	adres que dicen ed tomaría si esc	cosas como o sucediera.  LOS NUME	5 				
222.	C su madrastra?  D su padrastro?  Algunas veces los niños se durante una pelea. Por fav  No de (Pegar Hablar Darle No ha	ponen tan enojac or señale las me (MARQUE Co jarlo salir de la co cle/darle nalgada r con el/la niño(a	dos con sus padidas que uste ON UN CIRC casa	adres que dicen ed tomaría si esc	cosas como o sucediera.  LOS NUME	5 				
222.	C su madrastra?  D su padrastro?  Algunas veces los niños se durante una pelea. Por fav  No de (Pegar Hablar Darle No ha Envia	ponen tan eno jac or señale las me (MARQUE Co jarlo salir de la co cle/darle nalgada r con el/la niño(a una tarea domés	dos con sus padidas que uste ON UN CIRO casa	adres que dicen ed tomaría si esc CULO TODOS	cosas como o sucediera.  LOS NUME	5 				
22.	C su madrastra?  D su padrastro?  Algunas veces los niños se durante una pelea. Por fav  No de (Pegar Hablar Darle No ha Enviar Retira	ponen tan enojac or señale las me (MARQUE Co jarlo salir de la co cle/darle nalgada r con el/la niño(a una tarea domés cerle caso	dos con sus padidas que uste ON UN CIRC asa s)	adres que dicened tomaría si esc CULO TODOS	cosas como o sucediera.  LOS NUME	5 				
222.	C su madrastra?  D su padrastro?  Algunas veces los niños se durante una pelea. Por fav  No de (Pegar Hablar Darle No ha Enviar Retira Retira	ponen tan enojac or señale las me (MARQUE Co jarlo salir de la co rle/darle nalgada r con el/la niño(a una tarea domés cerle caso rlo(a) a su cuarto	los con sus padidas que uste ON UN CIRC casas)	adres que dicenced tomaría si esc CULO TODOS	cosas como o sucediera.  LOS NUME	5 				

23. Si su niño trajera al hogar una libreta de calificaciones con notas más bajas que las esperadas, ¿que tan probable es que usted . . .

## (MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO PARA CADA PREGUNTA)

	Algo <u>probable</u>	Muy <u>probable</u>	No sabe que tan probable	Algo <u>improbable</u>	Nada <u>probable</u>
a.	contactaría a su maestro o director? . 5	4	3	2	1
b.	le daría un sermón a su niño(a) 5	4	3	2	1
c.	mantendría una vigilancia más				
	estrecha sobre las actividades del				
	niño(a)? 5	4	3	2	1
d.	castigaría al niño(a)?5	4	3	2	1
e.	conversaría con el niño(a)? 5	4	3	2	1
f.	esperaría para ver si el niño(a)				
	mejoraba por su propia cuenta? 5	4	3	2	1
g.	le diría al niño(a) que dedicara más				
	tiempo a las tareas escolares? 5	4	3	2	1
h.	dedicaría más tiempo ayudando al				
	niño(a) con las tareas escolares? 5	4	3	2	1
i.	limitaría o reduciría las actividades				
	no escolares (teatro, deportes,				
	clubes, etc.)? 5	4	3	2	1
j.	Otro (POR FAVOR ESCRIBA QUE MAS)				
					. 8

24. A veces los niños se portan bien y otras veces no. A veces hacen cosas que hacen que usted se sienta bien.

	R FAVOR CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS. uántas veces durante la semana pasada Ud	ESCRIBA EL # DE VECES DURANTE LA SEMANA PASADA
a.	ha tenido que pegarle/darle unas nalgadas a su niño(a)?	
b.	ha tenido que encerrarlo(a)?	
c.	le ha retirado la televisión u otros privilegios?	
d.	ha elogiado al niño(a) por hacer algo bien hecho?	
e.	le ha retirado su asignación/"domingo" (allowance)?	
f.	le ha demostrado al niño(a) afecto físico (beso, abrazo, pasar la mano por la cabeza, etc.)?	
g.	ha enviado a su niño(a) a su cuarto?	
h.	le ha dicho a otro adulto (esposo(a), amigo(a), compañero(a) de trabajo, visitante, familiar) algo positivo sobre el niño(a)?	

## MADRE/GUARDIAN:

- (1) SI SU NIÑO(A) TODAVIA NO HA CUMPLIDO 7 AÑOS, PASE A LA SECCION 2 <u>PARTE C</u>, PAGINA 43.
- (2) SI SU NIÑO(A) TIENE 7 AÑOS O MAS, PASE A LA SECCION 4, PAGINA 67.

ESTA PAGINA ESTA EN BLANCO INTENCIONALMENTE

## PARTE D: PARA NIÑOS QUE TIENEN 10 Y MAS A OS DE EDAD

Para	que tiene 10 años de edad o más.
INSTRUCCION	ES PARA LA MADRE/GUARDIAN:
Estamos interesa	dos en el estilo de vida y las reglas de su familia.
	á algunas preguntas con un SI o con un NO, o con otra palabra o frase. Por favor írculo el número que corresponda a la respuesta que usted seleccione.
Otras preguntas	tienen unos recuadros dentro de los cuales usted escribirá su respuesta.
	ita no está clara, marque su número con un círculo y pregúntele al/a la entrevistador(a) ando usted haya terminado el suplemento.
l. ¿Alrededor d	e cuántos libros tiene su niño(a)?
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUME
	Ninguno 1
	Ningano
	l a 9

3.

4.

2. ¿Con qué frecuencia se espera que su niño haga cada una de las siguientes actividades? (MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO POR CADA PREGUNTA)

	Casi nunca	Menos de la 1/2 de las <u>veces</u>	La 1/2 de las <u>veces</u>	Más de la 1/2 de las <u>veces</u>	Casi siempre
а. ¿Haga su propia cama?	1	2	3	4	5
b. ¿Limpie su propio cuarto?	1	2	3	4	5
c. ¿Recoja las cosas que ha dejado a su paso? .	1	2	3	4	5
d. ¿Ayude a mantener limpias y ordenadas las áreas compartidas por la familia?	1	2	3	4	5
e. ¿Haga tareas de rutina tales como cortar el césped, ayudar con la cena, lavar platos, etc.?	1	2	3	4	5
f. ¿Colabore con la organización de su propi tiempo (levantarse a tiempo, estar listo para la escuela, etc.)?		2	3	4	5
¿Tiene su niño(a) algún instr una guitarra, etc.) aquí en su		cal (por ejemplo, u	ın piano, un t	ambor,	
Sí				1	
No				0	
¿Adquiere su familia un peri	ódico diarian	nente?			
Sí				1	
No				0	

5.	¿Aproximadamente con qué frecuencia su niño(a) lee por placer?
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO
	Todos los días
	Varias veces a la semana
	Varias veces al mes
	Varias veces al año4
	Nunca
	No sabe
6.	¿Alienta su familia a su niño(a) a que empiece y continúe haciendo actividades por afición o "hobbies"?
	Sí 1
	No
7.	¿Recibe su niño(a) clases especiales o pertenece a alguna organización que estimule actividades como deportes, música, arte, danza, teatro, etc.?
	Sí 1
	No
8.	¿Cuántas veces algún familiar ha llevado o ha hecho arreglos para llevar a su niño(a) a algún tipo de museo (para niños, científico, de arte, histórico, etc.) durante el último año?  (MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)
	Nunca
	Una o dos veces
	Varias veces
	Alrededor de una vez al mes
	Alrededor de una o más veces a la semana 5
9.	¿Cuántas veces algún familiar ha llevado o hecho arreglos para llevar a su niño(a) a cualquier tipo de espectáculo musical o teatral durante el último año?
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO
	Nunca
	Una o dos veces
	Varias veces
	Alrededor de una vez al mes
	Alrededor de una o más veces a la semana 5

10.	¿Aproximadamente con qué frecuencia su familia se reúne con familiares o amigos?			
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)			
	Una o menos veces al año 1			
	Unas cuantas veces al año			
	Alrededor de 1 vez al mes			
	Dos o tres veces al mes			
	Una o más veces a la semana 5			
11.	Piense un momento en un típico día entre semana para su familia. ¿Cuánto tiempo, diría Ud., que pasa su niño(a) viendo televisión en un típico día entre semana (en su hogar o en otro lugar)?			
	(ESCRIBA LAS HORAS AL <u>DIA ENTRE SEMANA</u> .)			
	Menos de una hora por día			
12.	Ahora, piense en un día de fin de semana (Sabado o Domingo) típico para su familia. ¿Como cuánto tiempo diría Ud., que pasa su niño(a) viendo televisión en un típico día de fin de semana (en su hogar o en otro lugar)?			
	(ESCRIBA LAS HORAS AL DIA DE <u>FIN DE SEMANA</u> .)			
	Menos de una hora por día			
13.	Su niño(a) ve a su padre, padrastro o figura paterna?			
	Si 1			
	No 0			
14.	¿Es este hombre el padre biológico, el padrastro o una figura paterna de su hijo(a)?			
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)			
	Padre biológico			
	Padrastro			
	Figura paterna			
	No hay padre, padrastro ni figura paterna 4			

29 ¿Qué relación hay entre él y usted? (MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO) Su "fiance" (novio de compromiso) . . . . . . . . . . . 07 Otro (por favor escriba quién es) 13 No hay padre, padrastro ni figura paterna . . . . . . . . 14 16. ¿Aproximadamente con qué frecuencia su niño(a) pasa tiempo con su padre, padrastro, o figura paterna? No tiene padre, padrastro o figura paterna . . . . . . . . 07 17. ¿Aproximadamente con qué frecuencia su niño(a) pasa tiempo con su padre, padrastro o figura paterna en actividades al aire libre? 

# (MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO) (MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO) No tiene padre, padrastro o figura paterna . . . . . . . . 07

18.	¿Con qué frecuencia come su niño(a) con ambos padres?							
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO							
	Más de una vez al día 01							
	Una vez al día							
	Varias veces a la semana							
	Alrededor de una vez a la semana 04							
	Alrededor de una vez al mes							
	Nunca							
	No tiene padre, padrastro o figura paterna 07							
19.	Cuando toda la familia ve televisión, ¿comentan usted o el padre (padrastro o figura paterna) de su niño(a) los programas de televisión con él o ella?							
	Sí 1							
	No							
	No tengo televisión 2							
20.	¿Qué tan unido(a) se siente su niño(a) a POR FAVOR CONTESTE A CADA UNO DE LOS PUNTOS (A-D)							
	Extrema- No Tiene damente Muy Bastante Nada Ese <u>Unido Unido Unido Padre</u>							
	A usted? 1 2 4							
	B su padre biológico? 1 2 3 4 5							
	C su madrastra?							
	D su padrastro?							

21. Algunas veces los niños se ponen tan enojados con sus padres que dicen cosas como "te odio", o dicen malas palabras durante una pelea. Por favor señale las medidas que usted tomaría si esto sucediera.

## (MARQUE CON UN CIRCULO TODOS LOS NUMEROS QUE CORRESPONDAN)

No dejarlo salir de la casa 01
(Pegarle/darle nalgadas) 02
Hablar con el(la) niño(a)
Darle una tarea doméstica 04
No hacerle caso
Enviarlo(a) a su cuarto por más de una hora 06
Retirarle su asignación/"domingo" (allowance) 07
Retirarle la TV, el teléfono u otros privilegios 08
Otra cosa (POR FAVOR ESCRIBA QUE MAS)
09
Darle el niño(a) un corto tiempo solo ("time out") 10

22. Si su niño(a) trajera al hogar una libreta de calificaciones con notas más bajas que las esperadas, ¿que tan probable es que usted... (MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO POR CADA PREGUNTA)

	Algo <u>probable</u>	Muy <u>probable</u>	No sabe que tan probable	Algo <u>improbable</u>	Nada <u>probable</u>
a.	contactaría a su maestro o director? 5	4	3	2	1
b.	le daría un sermón a su niño(a)?5	4	3	2	1
c.	mantendría una vigilancia más estrecha sobre las acti- vidades del niño(a)? 5	4	3	2	1
d.	castigaría al niño(a)?5	4	3	2	1
e.	conversaría con el niño(a)? . 5	4	3	2	1
f.	esperaría para ver si el niño(a) mejoraba por su propia cuenta?	4	3	2	1
g.	le diría al niño(a) que dedicara más tiempo en las tareas escolares? 5	4	3	2	1
h.	dedicaría más tiempo ayudando al niño(a) con las tareas escolares? 5	4	3	2	1
i.	limitaría o reduciría las actividades no escolares (teatro, deportes, clubes, etc.)? 5	4	3	2	1
j.	Otro (POR FAVOR ESCRIBA QUE MA	.S)			
					8

23. A veces los niños se portan bien y otras veces no. A veces hacen cosas que hacen que usted se sienta bien.

POR FAVOR CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS ¿Cuántas veces durante la semana pasada Ud	ESCRIBA EL# DE VECES DURANTE LA SEMANA PASADA
a. ha tenido que pegarle/darle unas nalgadas a su niño(a)?	
b. ha tenido que encerrarlo(a)?	
c. le ha retirado la televisión u otros privilegios?	
d. ha elogiado al niño(a) por hacer algo bien hecho?	
e. le ha retirado su asignación/"domingo" (allowance)?	
f. le ha demostrado al niño(a) afecto físico (beso, abrazo, pasar la mano por la cabeza, etc.)?	
g. ha enviado a su niño(a) a su cuarto?	
h. le ha dicho a otro adulto (esposo(a), amigo(a), compañero(a) de trabajo, visitante, familiar) algo positivo sobre el niño(a)?	

PASE A LA SECCION 4, página 67.

#### SECCION 2: COMO SE COMPORTA MI BEBE GENERALMENTE

## PARTE A: PARA NIÑOS DE MENOS DE UN AÑO DE EDAD.

NOMBR	E DEL NIÑO(A)
INSTRUCCIONES PA	RA LA MADRE/GUARDIAN;
Estamos interesados er durante las últimas do	i la conducta habitual de su niño(a) en un día típico. Por favor piense en su bebé s semanas.
	en de salud durante las últimas dos semanas, piense en el último período de dos é se comportó como de costumbre.
Las preguntas siguient manera.	es son acerca de la <u>frecuencia</u> con que su bebé se comportó de una determinada
Piense bien antes de m	arcar con un círculo el número que corresponda a su respuesta.
	está clara, por favor ponga un círculo alrededor del número de la pregunta y evistador(a) acerca de ella cuando usted haya terminado el suplemento.
1. ¿Con qué frecuencia	a su bebé se retuerce y patea mientras come?
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)
	Casi nunca
	Menos de la mitad de las veces 2
	La mitad de las veces
	Más de la mitad de las veces 4
	Casi siempre 5
2. ¿Con qué frecuencia	su bebé mueve los brazos mientras come?
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)
	Casi nunca
	Menos de la mitad de las veces 2
	La mitad de las veces
	La mitad de las veces

3.	Mientras su bebé duerme, por lo general, ¿con qué frecuencia se mueve en su cuna?
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)
	Casi nunca
	Menos de la mitad de las veces 2
	La mitad de las veces
	Más de la mitad de las veces 4
	Casi siempre 5
4.	A algunos niños les da sueño todas las noches aproximadamente a la misma hora, con un margen de 15 minutos. ¿Con qué frecuencia le sucede esto a su niño(a)?
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)
	Casi nunca
	Menos de la mitad de las veces
	La mitad de las veces
	Más de la mitad de las veces 4
	Casi siempre 5
5.	A algunos niños les da hambre todos los días aproximadamente a la misma hora, con un margen de 15 minutos. ¿Con qué frecuencia le sucede esto a su niño(a)?
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)
	Casi nunca
	Menos de la mitad de las veces 2
	La mitad de las veces
	Más de la mitad de las veces
	Casi siempre 5
6.	Cuando su bebé se despierta por la mañana, ¿con qué frecuencia está del mismo humor?
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)
	Casi nunca
	Menos de la mitad de las veces 2
	La mitad de las veces
	Más de la mitad de las veces 4
	Casi siempre 5

7.	Cuando su bebé ve a un desconocido, ¿con qué frecuencia se aleja o llora como si tuviera miedo?			
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)			
	Casi nunca			
	Menos de la mitad de las veces 2			
	La mitad de las veces			
	Más de la mitad de las veces 4			
	Casi siempre 5			
8.	Cuando su bebé ve a un perro o a un gato desconocido, ¿con qué frecuencia se aleja o llora como si tuviera miedo?			
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)			
	Casi nunca			
	Menos de la mitad de las veces			
	La mitad de las veces			
	Más de la mitad de las veces4			
	Casi siempre			
9.	Cuando usted sale del cuarto y deja a su bebé solo, ¿con qué frecuencia su bebé se altera?			
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)			
	Casi nunca 1			
	Menos de la mitad de las veces			
	La mitad de las veces			
	Más de la mitad de las veces 4			
	Casi siempre 5			
10.	Cuando usted lleva a su bebé al médico, al dentista, o con una enfermera, ¿con qué frecuencia él/ella se aleja o llora como si tuviera miedo?  (MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)			
	Casi nunca			
	Menos de la mitad de las veces			
	La mitad de las veces			
	Más de la mitad de las veces 4			
	Casi siempre			
	Casi sicilipie			

11.	Cuando usted juega con su bebé, ¿con qué frecuencia él/ella se sonrie o ríe?		
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)		
	Casi nunca		
	Menos de la mitad de las veces 2		
	La mitad de las veces		
	Más de la mitad de las veces 4		
	Casi siempre 5		
12.	Cuando su bebé juega solo(a), ¿con qué frecuencia él/ella se sonríe o ríe?		
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)		
	Casi nunca		
	Menos de la mitad de las veces 2		
	La mitad de las veces		
	Más de la mitad de las veces 4		
	Casi siempre		
13.	Cuando su bebé está en la bañera, ¿con qué frecuencia se sonríe o ríe?		
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)		
	Casi nunca		
	Menos de la mitad de las veces 2		
	La mitad de las veces		
	Más de la mitad de las veces 4		
	Casi siempre 5		
14.	Cuando su bebé oye un ruido fuerte inesperado (por ejemplo, el ruido del escape de un carro, o una aspiradora), ¿con qué frecuencia llora o se altera?		
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)		
	Casi nunca		
	Menos de la mitad de las veces 2		
	La mitad de las veces		
	Más de la mitad de las veces		
	Casi siempre 5		

15.	5. ¿Con qué frecuencia tiene usted problemas para aliviar o calmar a su bebé, cuando llora o está perturbado(a)?			
	porturbado(a).	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)		
		Casi nunca		
		Menos de la mitad de las veces		
		La mitad de las veces		
		Más de la mitad de las veces		
		Casi siempre 5		
Mz	ADRE/GUARDIAN:	POR FAVOR OBSERVE QUE LAS RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS 16 Y 17 SON DIFERENTES A LAS DEMAS.		
16.	Durante un día típic	o, ¿con qué frecuencia su bebé se pone molesto o se irrita?		
		(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)		
		Casi nunca		
		Una o dos veces al día		
		Un par de veces por la mañana y por la tarde 3		
		Varias veces al día		
		Casi cada hora		
17.	En general, compara	ado con la mayoría de los bebés, ¿con qué frecuencia su bebé llora o se inquieta?		
		(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)		
		Casi nunca		
		Menos de lo normal		
		Más o menos lo normal		
		Más de lo normal		
		Casi siempre		

MADRE/GUARDIAN: POR FAVOR PASE A LA SECCION 3, PAGINA 49.

ESTA PAGINA ESTA EN BLANCO INTENCIONALMENTE

#### SECCION 2: COMO SE COMPORTA MI NIÑO(A) USUALMENTE

#### PARTE B: PARA NIÑOS QUE TIENEN 1 AÑO DE EDAD.

ParaNOME	, quien ya cumplió un año pero todavía no tiene 2 años. BRE DEL NIÑO(A)
INSTRUCCIONE	S PARA ŁA MADRE/GUARDIAN:
Estamos interesade durante las últimas	os en como se comporta su niño(a) durante un día típico. Por favor piense en su niñó(a) dos semanas.
	tuvo bien de salud durante las últimas dos semanas, piense en el último período de dos niño(a) se comportó como de costumbre.
	ientes son acerca de la <u>frecuencia</u> con que su niño(a) se comportó de una determinada en antes de poner un círculo alrededor del número que corresponda a su respuesta.
	no está clara, por favor marque con un circulo el número de la pregunta y pregúntele al/a acerca de la misma cuando usted haya terminado el suplemento.
	a(a) wa a uu daaaaaaida auf faanaaaia aa alaia a llaga aanaa ai wuulaga miada0
1. Cuando su niñ	o(a) ve a un desconocido, ¿con qué frecuencia se aleja o llora como si tuviera miedo?
l. Cuando su niñ	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO
l. Cuando su niñ	
1. Cuando su niñ	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO
1. Cuando su niñ	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO Casi nunca
1. Cuando su niñ	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO Casi nunca
1. Cuando su niñ	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO Casi nunca
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO  Casi nunca
2. Cuando su niñ	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO  Casi nunca
2. Cuando su niñ	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO  Casi nunca
2. Cuando su niñ	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO  Casi nunca
2. Cuando su niñ	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO  Casi nunca
2. Cuando su niñ	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO  Casi nunca

3.	Cuando usted sale del cuarto y deja a su niño(a) solo(a), ¿con qué frecuencia él/ella se altera?		
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)		
	Casi nunca 1		
	Menos de la mitad de las veces 2		
	La mitad de las veces		
	Más de la mitad de las veces 4		
	Casi siempre 5		
4.	Cuando usted lleva a su niño(a) al médico, al dentista o a una enfermera, ¿con qué frecuencia él/ella se ale ja o llora como si tuviera miedo?		
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)		
	Casi nunca		
	Menos de la mitad de las veces 2		
	La mitad de las veces		
	Más de la mitad de las veces 4		
	Casi siempre 5		
5.	Cuando usted juega con su niño(a), ¿con qué frecuencia él/ella se sonríe o ríe?		
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)		
	Casi nunca		
	Menos de la mitad de las veces 2		
	La mitad de las veces		
	Más de la mitad de las veces 4		
	Casi siempre		
6.	Cuando su niño(a) juega solo(a), ¿con qué frecuencia él/ella se sonríe o ríe?		
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)		
	Casi nunca		
	Menos de la mitad de las veces 2		
	La mitad de las veces		
	Más de la mitad de las veces 4		
	Casi siempre 5		

7.	7. Cuando su niño(a) está en la bañera, ¿con qué frecuencia se sonríe o ríe?			
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)			
	Casi nunca			
	Menos de la mitad de las veces 2			
	La mitad de las veces			
	Más de la mitad de las veces 4			
	Casi siempre			
8.	Cuando su niño(a) oye un ruido fuerte inesperado (por ejemplo, el ruido del escape de un carro, o una aspiradora), ¿con qué frecuencia llora o se altera?			
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)			
	Casi nunca			
	Menos de la mitad de las veces 2			
	La mitad de las veces			
	Más de la mitad de las veces 4			
	Casi siempre			
9.	¿Con qué frecuencia tiene usted problemas para aliviar o calmar a su niño(a) cuando llora o está alterado(a)?			
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)			
	Casi nunca			
	Menos de la mitad de las veces			
	La mitad de las veces			
	Más de la mitad de las veces 4			
	Casi siempre			

## MADRE/GUARDIAN: POR FAVOR OBSERVE QUE LAS RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS 10 Y 11 SON DIFERENTES A LAS DEMAS.

10.	Durante un día típico, ¿con qué frecuencia su niño(a) se pone molesto o se irrita?
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)
	Casi nunca
	Una o dos veces al día
	Un par de veces por la mañana y por la tarde 3
	Varias veces al día
	Casi cada hora 5
11.	En general, comparado(a) con la mayoría de los niños, ¿con qué frecuencia su niño(a) llora o se inquieta?
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)
	Casi nunca
	Menos de lo normal
	Más o menos lo normal
	Más de lo normal
	Casi siempre

### SECCION 2: COMO SE COMPORTA MI NIÑO(A) GENERALMENTE. PARTE C: PARA NIÑOS QUE POR LO MENOS TIENEN 2 AÑOS DE EDAD PERO MENOS DE 7 AÑOS. , quien ya cumplió dos años pero todavía no tiene 7 años. Para NOMBRE DEL NIÑO(A) INSTRUCCIONES PARA LA MADRE/GUARDIAN: Estamos interesados en cómo se comporta su niño(a) normalmente durante un día típico. Por favor piense en su niño(a) durante las dos últimas semanas. Si su niño(a) no estuvo bien de salud durante las últimas dos semanas, piense en el último período de dos semanas en que su niño(a) se comportó como de costumbre. Las preguntas siguientes son acerca de la frecuencia con que su niño(a) se comportó de una determinada manera. Piense bien antes de poner un círculo alrededor del número que corresponda a su respuesta. Si alguna pregunta no está clara, por favor preguntele al/a la entrevistador(a) acerca de ella cuando usted haya terminado el suplemento. Cuando es hora de comer, ¿con qué frecuencia su niño(a) come lo que usted quiere que coma? (MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO) Cuando su niño(a) no come lo que usted quiere que coma y usted le dice que coma, ¿con qué frecuencia 2. él/ella obedece y come? (MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

#### POR FAVOR PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

3.		de acostarse para su niño(a), ¿con qué frecuencia él/ella protesta o se resiste a ir a la
	cama?	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)
		Casi nunca
		Menos de la mitad de las veces
		La mitad de las veces
		Más de la mitad de las veces4
		Casi siempre
4.	Cuando él/ella sí p	rotesta y usted le dice de nuevo que se acueste, ¿con qué frecuencia él/ella lo hace?
		(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)
		Casi nunca
		Menos de la mitad de las veces 2
		La mitad de las veces
		Más de la mitad de las veces4
		Casi siempre 5
5.	Cuando usted le did	ce a su niño(a) que apague la televisión, ¿con qué frecuencia él/ella lo hace sin protestar?
		(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)
		Casi nunca
		Menos de la mitad de las veces
		La mitad de las veces
		Más de la mitad de las veces
		Casi siempre 5
6.	Cuando él/ella sí protesta y usted le dice de nuevo que apague la televisión, ¿con qué frecuencia él/ella lo hace?	
		(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)
		Casi nunca
		Menos de la mitad de las veces
		La mitad de las veces
		Más de la mitad de las veces
		Casi siempre 5

7.	Cuando su niño(a) se encuentra por primera vez con un niño de más o menos la misma edad, ¿con qué frecuencia siente timidez al principio?		
	•	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)	
		Casi nunca	
		Menos de la mitad de las veces 2	
		La mitad de las veces	
		Más de la mitad de las veces	
		Casi siempre 5	
8.	Cuando su niño(a) se encuentra con un adulto que no conoce, ¿con qué frecuencia siente timidez al principio?		
		(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)	
		Casi nunca	
		Menos de la mitad de las veces 2	
		La mitad de las veces	
		Más de la mitad de las veces 4	
		Casi siempre	
9.	¿Con qué frecuen	ncia llora su niño(a) cuando se lastima un poquito?	
		(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)	
		Casi nunca	
		Menos de la mitad de las veces 2	
		La mitad de las veces	
		Más de la mitad de las veces	
		Casi siempre 5	
10.	¿Con qué frecuencia él/ella ríe con facilidad (por ejemplo, cuando nadie lo(a) está tocando?		
		(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)	
		Casi nunca	
		Menos de la mitad de las veces 2	
		La mitad de las veces	
		Más de la mitad de las veces4	
		Casi siempre	
		-	

11.	Cuando su niño(a) pega, etc.?	está con otros niños de su misma edad, ¿con qué frecuencia él/ella pelea, quita juguetes,	
		(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)	
		Casi nunca	
		Menos de la mitad de las veces 2	
		La mitad de las veces	
		Más de la mitad de las veces	
		Casi siempre	
12.	Cuando su niño(a) voluntariamente?	está con otros niños de su misma edad, ¿con qué frecuencia él/ella comparte los juguetes	
		(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)	
		Casi nunca	
		Menos de la mitad de las veces 2	
		La mitad de las veces	
		Más de la mitad de las veces 4	
		Casi siempre	
13.	¿Con qué frecuence alterado(a)?	¿Con qué frecuencia tiene usted problemas para aliviar o calmar a su niño(a) cuando él/ella llora o está	
	ancrado(a).	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)	
		Casi nunca	
		Menos de la mitad de las veces 2	
		La mitad de las veces	
		Más de la mitad de las veces4	
		Casi siempre	
14.	Cuando su niñó(a) está jugando, ¿con qué frecuencia él/ella se queda cerca de usted y se asegura de que usted todavía esté al alcance de su vista?		
		(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)	
		Casi nunca	
		Menos de la mitad de las veces 2	
		La mitad de las veces	
		Más de la mitad de las veces 4	
		Casi siempre	

15.	¿Con qué frecuencia él/ella trata de copiar lo que usted hace o como usted actúa (aunque usted no siempre le permita hacer esto)?		
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)		
	Casi nunca		
	Menos de la mitad de las veces 2		
	La mitad de las veces		
	Más de la mitad de las veces4		
	Casi siempre 5		
16.	Cuando usted sale del cuarto y deja a su niño(a) solo(a), ¿con qué frecuencia él/ella se perturba?		
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)		
	Casi nunca		
	Menos de la mitad de las veces 2		
	La mitad de las veces		
	Más de la mitad de las veces 4		
	Casi siempre		
17.	¿Con qué frecuencia su niño(a) es exigente e impaciente aunque usted esté ocupada?		
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)		
	Casi nunca 1		
	Menos de la mitad de las veces 2		
	La mitad de las veces		
	Más de la mitad de las veces 4		
	Casi siempre 5		
18.	Cuando usted está molesta por algo, con qué frecuencia su niño(a) se preocupa, o trata de ayudar o de hacer que usted se sienta mejor?		
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)		
	Casi nunca		
	Menos de la mitad de las veces 2		
	La mitad de las veces 3		
	Más de la mitad de las veces 4		
	Casi siempre		

	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)	
	Casi nunca	
	Menos de la mitad de las veces	
	La mitad de las veces	
	Más de la mitad de las veces 4	
	Casi siempre 5	
20.	Durante el último año, ¿con qué frecuencia su niño(a) durmió toda la noche sin despertarse?	
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)	
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)	
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)  Casi nunca	
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)  Casi nunca	
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)  Casi nunca	
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)         Casi nunca       1         Menos de la mitad de las veces       2         La mitad de las veces       3         Más de la mitad de las veces       4	
(1)	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)         Casi nunca       1         Menos de la mitad de las veces       2         La mitad de las veces       3         Más de la mitad de las veces       4	

#### PARA NIÑOS QUE TIENEN MENOS DE 4 AÑOS DE EDAD

#### INSTRUCCIONES PARA LA MADRE/GUARDIAN:

Esta sección tiene preguntas sobre cosas que los niños hacen a diferentes edades. Piense bien cada pregunta antes de marcar con un circulo el número que corresponda a su respuesta:

#### 1 para SI, 0 para NO

Usted debe responder sólo DOS páginas en esta sección. Encuentre la página que tenga el nombre de su niño(a). Asegúrese de que la edad de su niño(a) corresponda a la edad indicada. Responda las 15 preguntas acerca de su niño(a). Por favor asegúrese de llenar los dos lados de la página.

Si alguna pregunta no está clara, por favor marque su número con un círculo y pregúntele al/a la entrevistador(a) acerca de ella cuando usted haya terminado el suplemento.

and the same of th	
PARTE PARA NINOS DE LA EDAD SE ENCU	JENTRA EN
0-3 MESES	pág. 51
4-6 MESES	pág. 53
7-9 MESES	pág. 55
10-12 MESES	pág. 57
1 AÑO, 1 MES * 1 AÑO, 3 MESES	pág, 59
1 AÑO, 4 MESES - 1 AÑO, 6 MESES	pág. 61
1 AÑO, 7 MESES - 1 AÑO, 9 MESES	pág. 63
1 AÑO, 10 MESES - 3 AÑOS, 11 MESES	pág. 65

ESTA PAGINA ESTA EN BLANCO INTENCIONALMENTE

#### <u>PARTE A</u>: (0 - 3 MESES)

MADRE/GUARDIAN:		
Si_	tiene menos de 4 meses, por favor NOMBRE DEL NIÑO(A)	responda estas <u>15</u> preguntas.
1.	Estando acostado(a) boca abajo, ¿alguna vez su niño(a) ha volteado la cabeza de un lado a otro?	Sí 1 No 0
2.	¿Alguna vez su niño(a) ha seguido con la vista un objeto en movimiento?	Sí
3.	Estando acostado(a) boca abajo sobre una superficie plana, ¿alguna vez su niño(a) ha levantado su cabeza de esa superficie por un momento?	Sí
4.	¿Alguna vez su niño(a) ha seguido con la vista un objeto en movimiento completamente de un extremo a otro?	Sí
5.	¿Alguna vez su niño(a) le ha sonreído a alguien cuando esa persona le hablaba o sonreía sin tocarlo(a)?	Sí
6.	Estando acostado(a) boca abajo, ¿alguna vez su niño(a) ha levantado la cabeza Y el pecho de la superficie, apoyando su peso en sus antebrazos o manos?	Sí
7.	¿Alguna vez su niño(a) ha volteado la cabeza para mirar algo?	Si 1 No 0

#### PART A: (0 - 3 MESES) (CONTINUACION)

8.	Alguna vez en que su niño(a) estaba de espaldas y lo(a) levantaron para sentarlo(a), ¿mantuvo la cabeza firme SIN que se le cayera hacia atrás mientras lo(a) levantaban?	Sí 1 No 0
9.	¿Alguna vez su niño(a) se ha reído fuerte sin que le hicieran cosquillas o lo(a) tocaran?	Sí 1 No 0
10.	¿Alguna vez su niño(a) ha sostenido en una mano un objeto de un tamaño regular como por ejemplo un cubo o un cascabel o sonaja?	Sí 1 No 0
11.	¿Alguna vez su niño(a) se ha dado vuelta por sí solo(a) A PROPOSITO?	Sí 1 No 0
12.	¿Alguna vez su niño(a) dió la impresión de que le gusta verse en el espejo?	Sí 1 No 0
13.	Alguna vez en que su niño(a) estaba sentado(a) y lo(a) pusieron de pie, ¿aguantó su propio peso con las piernas estiradas?	Sí 1 No 0
14.	¿Alguna vez su niño(a) ha buscado con la vista, a su alrededor, un juguete que se haya perdido o que no se encuentre cerca?	Sí 1 No 0
15.	¿Alguna vez su niño(a) se ha sentado por sí mismo(a) sin ayuda salvo la de inclinarse hacia adelante con sus manos, o ayudado un poquito por otra persona?	Sí 1 No 0
MADRE/GUARDIAN: POR FAVOR REVISE LAS PAGINAS QUE RECIEN LLENO, ASEGURANDOSE DE QUE NO SE LE HAYA QUEDADO ALGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR. LUEGO DEVUELVALE ESTE CUADERNILLO AL/A LA ENTREVISTADOR/A.		

**PARTE B**: (4 - 6 MESES)

MADRE/GUARDIAN:		
Si	tiene al menos 4 meses, pero toe NOMBRE DEL NIÑO(A) meses, por favor responda estas l	
1.	¿Alguna vez en que su niño(a) estaba de espaldas y lo(a) levantaron hasta sentarlo(a), mantuvo la cabeza firme SIN QUE SE LE CAYERA hacia atrás mientras lo(a) levantaban?	Sí 1 No 0
2.	¿Alguna vez su niño(a) se ha reído fuerte sin que le hagan cosquillas o lo(a) toquen?	Sí 1 No 0
3.	¿Alguna vez su niño(a) ha sostenido es una mano un objeto de un tamaño regular como por ejemplo un cubo o un cascabel o sonajero?	Sí 1 No 0
4.	¿.Alguna vez su niño(a) se ha dado vuelta por sí solo A PROPOSITO?	Sí 1 No 0
5.	¿Alguna vez su niño(a) dio la impresión de que le gusta verse en el espejo?	Sí 1 No 0
6.	Alguna vez en que su niño(a) estaba sentado(a) y lo(a) pusieron de pie, ¿aguantó su propio peso con las piernas estiradas?	Sí 1 No 0
7.	¿Alguna vez su niño(a) ha buscado con la vista, a su alrededor, un juguete que se haya perdido o que no se encuentre cerca?	Sí

## <u>PARTE B</u>: (4 - 6 MESES) (CONTINUACION)

8.	¿Alguna vez su niño(a) se ha sentado por sí mismo(a) sin ayuda salvo la de inclinarse hacia adelante con sus manos, o ayudado un poquito por otra persona?	Sí 1 No 0
<b>9.</b>	¿Alguna vez su niño(a) se ha mantenido sentado(a) durante 10 minutos sin ningún tipo de apoyo?	Sí 1 No 0
10.	¿Alguna vez su niño(a) se ha levantado hasta ponerse de pie sin ayuda de otra persona?	Sí 1 No 0
11.	¿Alguna vez su niño(a) ha gateado cuando lo(a) han dejado boca abajo?	Sí 1 No 0
12.	¿Alguna vez su niño(a) ha dicho alguna palabra reconocible como "mamá" o "papá"?	Sí 1 No 0
13.	¿Alguna vez su niño(a) ha recogido objetos pequeños como pasitas o migajas de galletas usando solamente los dedos índice y pulgar?	Sí 1 No 0
14.	¿Alguna vez su niño(a) ha dado por lo menos dos pasos agarrado por una mano o agarrándose de algo?	Sí 1 No 0
15.	¿Alguna vez su niño(a) ha dicho adiós con la mano, sin ayuda de otra persona?	Sí 1 No 0
MADRE/GUARDIAN: POR FAVOR REVISE LAS PAGINAS QUE RECIEN LLENO, ASEGURANDOSE DE QUE NO SE LE HAYA QUEDADO ALGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR, LUEGO DEVUELVALE ESTE CUADERNILLO AL/A LA ENTREVISTADOR/A.		

<u>PARTE C</u>: (7 - 9 MESES)

MADRE/GUARDIAN:		
Si_	tiene al menos 7 meses, pero toc NOMBRE DEL NIÑO(A) meses, por favor responda estas 15	
1.	¿Alguna vez su niño(a) dio la impresión de que le gusta verse en el espejo?	Sí 1 No 0
2.	¿Alguna vez en que su niño(a) estaba sentado(a) y lo(a) pusieron de pie, aguantó su propio peso con las piernas estiradas?	Sí 0
3.	¿Alguna vez su niño(a) ha buscado con la vista, a su alrededor, un juguete que se haya perdido o que no se encuentre cerca?	Sí 1 No 0
4.	¿Alguna vez su niño(a) se ha sentado por sí mismo(a) sin ayuda, salvo la de inclinarse hacia adelante con sus manos, o ayudado un poquito por otra persona?	Sí 0
5.	¿Alguna vez su niño(a) se ha mantenido sentado(a) durante 10 minutos sin ningún tipo de apoyo?	Sí 1 No 0
6.	¿Alguna vez su niño(a) se ha levantado hasta ponerse de pie sin ayuda de otra persona?	Sí 1 No 0
7.	¿Alguna vez su niño(a) ha gateado cuando lo(a) han dejado(a) acostado(a) boca abajo?	Sí 1 No 0

#### <u>PARTE C</u>: (7 - 9 MESES) (CONTINUACION)

8.	¿Alguna vez su niño(a) ha dicho alguna palabra reconocible como "mamá" o "papá"?	Sí 1 No 0
9.	¿Alguna vez su niño(a) ha recogido objetos pequeños como pasitas o migajas de galletas usando solamente los dedos índice y pulgar?	Sí 1 No 0
10.	¿Alguna vez su niño(a) ha dado por lo menos dos pasos agarrado(a) de una mano o agarrándose de algo?	Sí 1 No 0
11.	¿Alguna vez su niñ(a) ha dicho adiós con la mano, sin ayuda de otra persona?	Sí 1 No 0
12.	¿Alguna vez la conducta de su niño(a) ha demostrado que él/ella conoce los nombres de objetos comunes cuando alguien los nombra en voz alta?	Sí 1 No 0
13.	¿Alguna vez su niño(a) ha indicado que él/ella desea algo señalando con la mano, jalando, o haciendo sonidos agradables, en vez de llorar o gimotear?	Sí 1 No 0
14.	¿Alguna vez su niño(a) se ha mantenido de pie por sí mismo(a) durante 10 segundos o más, sin agarrarse de algo o de alguien?	Sí
15.	¿Alguna vez su niño(a) ha dado al menos dos pasos sin agarrarse de algo o de alguien?	Sí 1 No 0
MADRE/GUARDIAN: POR FAVOR REVISE LAS PAGINAS QUE RECIEN LLENO, ASEGURANDOSE DE QUE NO SE LE HAYA QUEDADO ALGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR. LUEGO DEVUELVALE ESTE CUADERNILLO AL/A LA ENTREVISTADOR/A.		

<u>PARTE D</u>: (10 - 12 MESES)

MADRE/GUARDIAN:		
Si	tiene al menos 10 meses, pero to NOMBRE DEL NIÑO(A) meses, por favor responda estas 1:	
1.	¿Alguna vez su niño(a) ha gateado cuando lo(a) han dejado acostado(a) boca abajo?	Sí 1 No 0
2.	¿Alguna vez su niño(a) ha dicho alguna palabra reconocible como "mamá" o "papá"?	Sí 1 No 0
3.	¿Alguna vez su niño(a) ha recogido objetos pequeños como pasitas o migajas de galletas usando solamente los dedos índice y pulgar?	Sí 1 No 0
4.	¿Alguna vez su niño(a) ha dado dos pasos agarrado por una mano o agarrándose de algo?	Sí 1 No 0
5.	¿Alguna vez su niño(a) ha dicho adiós con la mano sin ayuda de otra persona?	Sí 1 No 0
6.	¿Alguna vez la conducta de su niño(a) ha demostrado que él/ella conoce los nombres de objetos comunes cuando alguien los nombra en voz alta?	Sí 1 No 0
7.	¿Alguna vez su niño(a) ha indicado que desea algo señalando con la mano, jalando, o haciendo sonidos agradables, en vez de llorar o gimotear?	Sí

### <u>PARTE D</u>: (10 - 12 MESES) (CONTINUACION)

8.	¿Alguna vez su niño(a) se ha mantenido de pie por sí mismo(a) durante 10 segundos o más sin agarrarse de algo o de alguien?	Sí
9.	¿Alguna vez su niño(a) ha dado al menos dos pasos sin agarrarse de algo o de alguien?	Sí 1 No 0
10.	¿Alguna vez su niño(a) ha subido gateando al menos dos peldaños o escalones?	Sí 1 No 0
11.	¿Ha dicho su niño(a) 2 palabras reconocibles además de "mamá" o "papá"?	Sí 1 No 0
12.	¿Alguna vez su niño(a) ha corrido?	Sí
13.	¿Alguna vez su niño(a) ha dicho el nombre de un objeto conocido, como una pelota?	Sí 1 No 0
14.	¿Alguna vez su niño(a) ha trazado una línea con un crayón o un lápiz?	Sí 1 No 0
15.	¿Alguna vez su niño(a) ha subido al menos dos peldaños agarrado de una mano o agarrándose del pasamano?	Sí 1 No 0
MADRE/GUARDIAN: POR FAVOR REVISE LAS PAGINAS QUE RECIEN LLENO, ASEGURANDOSE DE QUE NO SE LE HAYA QUEDADO ALGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR, LUEGO DEVUELVALE ESTE CUADERNILLO AL/A LA ENTREVISTADOR/A.		

#### PARTE E: (1 AÑO, 1 MES - 1 AÑO, 3 MESES)

MADRE/GUARDIAN:		
Si_	tiene al menos 13 meses, pero to NOMBRE DEL NIÑO(A) meses, por favor responda estas 15	
1.	¿Alguna vez su niño(a) ha dicho adiós con la mano sin ayuda de otra persona?	Sí 1 No 0
2.	¿Alguna vez la conducta de su niño(a) ha demostrado que él/ella conoce los nombres de objetos comunes cuando alguien los nombra en voz alta?	Sí 1 No 0
3.	¿Alguna vez su niño(a) ha indicado que quiere algo señalando con la mano, jalando, o haciendo sonidos agradables en vez de llorar o gimotear?	Sí 1 No 0
4.	¿Alguna vez su niño(a) se ha mantenido de pie por sí mismo(a) durante 10 segundos o más, sin agarrarse de algo o de alguien?	Sí 1 No 0
5.	¿Alguna vez su niño(a) ha dado al menos dos pasos sin agarrarse de algo o de alguien?	Sí 1 No 0
6.	¿Alguna vez su niño(a) ha subido gateando al menos dos peldaños o escalones?	Sí 1 No 0
7.	¿Ha dicho su niño(a) 2 palabras reconocibles además de "mamá" o "papá"?	Sí 1 No 0

## <u>PARTE E</u>: (1 AÑO, 1 MES - 1 AÑO, 3 MESES) (CONTINUACION)

8. ¿Alguna vez su niño(a) ha corr	ido?	Sí 1 No 0
9. ¿Alguna vez su niño(a) ha dich una pelota?	no el nombre de un objeto conocido, como	Sí 1 No 0
10. ¿Alguna vez su niño(a) ha traz	ado una línea con un crayón o un lápiz?	Sí 1 No 0
11. ¿Alguna vez su niño(a) ha subi mano o agarrándose del pasama	ido al menos dos peldaños agarrado de una ano?	Sí 1 No 0
12. ¿Alguna vez su niño(a) ha com un tenedor sin derramar o espa	nido por su cuenta usando una cuchara o arcir mucho la comida?	Sí 1 No 0
13. ¿Alguna vez su niño(a) le ha ho molesta usar pantalones o paña	echo saber a alguien, sin llorar, que le lles mojados (sucios)?	Sí 1 No 0
14. ¿Alguna vez su niño(a) ha dich	o una frase parcial de 3 o más palabras?	Sí 1 No 0
15. ¿Alguna vez su niño(a) ha subicagarrarse del pasamano?	do una escalera por su cuenta sin	Sí 1 No 0
MADRE/GUARDIAN: POR FAVOR REVISE LAS PAGINAS QUE RECIEN LLENO, ASEGURANDOSE DE QUE NO SE LE HAYA QUEDADO ALGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR, LUEGO DEVUELVALE ESTE CUADERNILLO AL/A LA ENTREVISTADOR/A.		

#### PARTE F: (1 AÑO, 4 MESES - 1 AÑO, 6 MESES)

MADRE/GUARDIAN:  Si tiene al menos 16 meses, pero todavía no ha cumplido 19  NOMBRE DEL NIÑO(A) meses, por favor responda estas 15 pregunias.		
1.	¿Alguna vez su niño(a) ha dado al menos 2 pasos sin agarrarse de algo o de alguien?	Sí
2.	¿Alguna vez su niño(a) ha subido gateando a l menos 2 peldaños o escalones?	Sí
3.	¿Alguna vez su niño(a) ha dicho 2 palabras reconocibles además de "mamá" o "papá"?	Sí
4.	¿Alguna vez su niño(a) ha corrido?	Sí
5.	¿Alguna vez su niño(a) ha dicho el nombre de un objeto conocido, como una pelota?	Sí
6.	¿Alguna vez su niño(a) ha trazado una línea con un crayón o con un lápiz?	Sí
7.	¿Alguna vez su niño(a) ha subido al menos dos peldaños agarrado de una mano o agarrándose del pasamano?	Sí
8.	¿Alguna vez su niño(a) ha comido por su cuenta usando una cuchara o un tenedor sin derramar o esparcir mucho la comida?	Sí

## <u>PARTE F</u>: (1 AÑO, 4 MESES - 1 AÑO, 6 MESES) (CONTINUACION)

9. ¿Alguna vez su niño(a) le ha hecho saber a alguien, sin llorar, qu molesta usar pantalones o pañales mojados (sucios)?	e le Sí 0	
10. ¿Alguna vez su niño(a) ha dicho una oración parcial de 3 palabras más?	s o Sí 1 No 0	
11. ¿Alguna vez su niño(a) ha subido una escalera por su cuenta sin agarrarse del pasamano?	Sí	
12. ¿Alguna vez su niño(a) se ha lavado y secado las manos sin más ayuda que la de abrirle y cerrarle el grifo/la llave?	Sí 1 No 0	
13. ¿Alguna vez su niño(a) ha contado tres objetos correctamente?	Sí 1 No 0	
14. ¿Alguna vez su niño(a) ha utilizado el inodoro por sí mismo(a)?	Sí 1 No 0	
15. ¿Alguna vez su niño(a) ha subido una escalera por sí mismo(a) sir ayuda, poniendo un solo pie en cada escalón?	n Sí 1 No 0	
MADRE/GUARDIAN: POR FAVOR REVISE LAS PAGINAS QUE RECIEN LLENO; ASEGURANDOSE DE QUE NO SE LE HAYA QUEDADO ALGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR. LUEGO DEVUELVALE ESTE CUADERNILLO AL/A LA ENTREVISTADOR/A.		

#### PARTE G: (1 AÑO, 7 MESES - 1 AÑO, 9 MESES)

MADRE/GUARDIAN:		
Si_	tiene al menos 19 meses, pero NOMBRE DEL NIÑO(A) 22 meses, por favor responda e	
1.	¿Alguna vez su niño(a) ha corrido?	Sí
2.	¿Alguna vez su niño(a) ha dicho el nombre de un objeto conocido, como una pelota?	Sí
3.	¿Alguna vez su niño(a) ha trazado una línea con un crayón o un lápiz?	Sí
4.	¿Alguna vez su niño(a) ha subido al menos 2 peldaños agarrado de una mano o agarrándose del pasamano?	Sí
5.	¿Alguna vez su niño(a) ha comido por su cuenta usando una cuchara o un tenedor sin derramar mucho la comida?	Sí
6.	¿Alguna vez su niño(a) le ha hecho saber a alguien, sin llorar, que le molesta usar pantalones o pañales mojados (sucios)?	Sí
7.	¿Alguna vez su niño(a) ha dicho una frase parcial de 3 o más palabras?	Sí
8.	¿Alguna vez su niño(a) ha subido una escalera por su cuenta sin agarrarse del pasamano?	Sí

## <u>PARTE G</u>: (1 AÑO, 7 MESES - 1 AÑO, 9 MESES) (CONTINUACION)

9. ¿Alguna vez su niño(a) se ha lavado y secado las manos sin más ayuda que la de abrirle y cerrarle el grifo/la llave?	Sí 0	
10. ¿Alguna vez su niño(a) ha contado 3 objetos correctamente?	Sí 0	
11. ¿Alguna vez su niño(a) ha utilizado el inodoro (WC) por sí mismo?	Sí 0	
12. ¿Alguna vez su niño(a) ha subido una escalera por sí mismo(a) sin ayuda, poniendo un solo pie en cada escalón?	Sí 0	
13. ¿Sabe su niño(a) su propia edad Y sexo?	Sí	
14. ¿Alguna vez su niño(a) ha dicho los nombres de al menos 4 colores?	Sí 1 No 0	
15. ¿Alguna vez s u niño(a) h a pedaleado un triciclo a lo largo de una distancia de por lo menos 10 pies?	Sí 1 No 0	
MADRE/GUARDIAN: POR FAVOR REVISE LAS PAGINAS QUE RECIEN LLENO, ASEGURANDOSE DE QUE NO SE LE HAYA QUEDADO ALGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR: LUEGO DEVUELVALE ESTE CUADERNILLO AL/A LA ENTREVISTADOR/A;		

#### PARTE H: (1 AÑO, 10 MESES - 3 AÑOS, 11 MESES)

MADRE/GUARDIAN:		
Si_	tiene al menos 22 meses, pero NOMBRE DEL NIÑO(A) 4 años, por favor responda esta	
1.	¿Alguna vez su niño(a) le ha hecho saber a alguien, sin llorar, que le molesta usar pantalones o pañales mojados (sucios)?	Sí
2.	¿Alguna vez su niño(a) ha dicho una oración parcial de 3 o más palabras?	Sí
3.	¿Alguna vez su niño(a) ha subido una escalera por su cuenta sin agarrarse del pasamano?	Sí
4.	¿Alguna vez su niño(a) se ha lavado y secado las manos sin más ayuda que la de abrirle y cerrarle el grifo/la llave?	Sí
5.	¿,Alguna vez su niño(a) ha contado 3 objetos correctamente?	Sí
6.	¿Alguna vez su niño(a) ha usado el inodoro por sí mismo(a)?	Sí
7.	¿Alguna vez su niño(a) ha subido una escalera por sí mismo(a) sin ayuda, poniendo un solo pie en cada escalón?	Sí
8.	¿Sabe su niño(a) su propia edad Y su sexo?	Sí
9.	¿Alguna vez su niño(a) ha dicho los nombres de al menos 4 colores?	Sí

## <u>PARTE H</u>: (1 AÑO, 10 MESES - 3 AÑOS, 11 MESES) (CONTINUACION)

10. ¿Alguna vez su niño(a) ha pedaleado un triciclo a lo largo de una distancia de por lo menos 10 pies?	Sí 1 No 0	
11. ¿Alguna vez su niño(a) ha dado una maroma sin ayuda de nadie?	Sí 1 No 0	
12. ¿Alguna vez su niño(a) se ha vestido solo(a) sin ninguna ayuda salvo la de amarrarele los zapatos (y abotonarle los vestidos por detrás)?	Sí	
13. ¿Alguna vez su niño(a) ha dicho su nombre y apellido juntos sin la ayuda de nadie? (Puede decir su apodo o nombre de cariño en vez del nombre).	Sí	
14. ¿Alguna vez su niño(a) ha contado hasta 10 e n voz alta?	Sí	
15. ¿Alguna vez su niño(a) ha dibujado un hombre o una mujer que al menos tenga 2 partes del cuerpo, además de la cabeza?	Sí	
MADRE/GUARDIAN: POR FAVOR REVISE LAS PAGINAS QUE RECIEN LLENO, ASEGURANDOSE DE QUE NO SE LE HAYA QUEDADO ALGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR: LUEGO DEVUELVALE ESTE CUADERNILLO AL/A LA ENTREVISTADOR/A.		

### SECCION 4: INDICE DE PROBLEMAS DE CONDUCTA

#### PARA NIÑOS DE 4 A 14 AÑOS

Para	NOMBRE DEL NIÑO(A)
INSTRUCCI	ONES PARA LA MADRE/GUARDIAN:
(Si su niño(a	) todavía no ha cumplido 4 años, entonces usted ya ha terminado con este suplemento).
Estas afirma	ciones son acerca de problemas de conducta que muchos niños tienen.
	d lea cada oración, decida cuál frase describe mejor la conducta de su niño(a) durante los <u>meses,</u> y marque con un círculo el número que corresponda a la respuesta que usted escoja.
	egunta no está clara, por favor marque con un círculo el número de la pregunta y pregúntele listador(a) acerca de ella cuando haya terminado el suplemento.
anna ann	
1. El/ella tie	ne cambios repentinos de ánimo o de emociones.
l. El/ella tid	ene cambios repentinos de ánimo o de emociones.  (MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)
1. El/ella tid	·
I. El/ella tid	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)
l . El/ella tid	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)  Frecuentemente cierto
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)  Frecuentemente cierto
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)           Frecuentemente cierto         1           A veces cierto         2           No es cierto         3
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)  Frecuentemente cierto
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)  Frecuentemente cierto
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)  Frecuentemente cierto

3.	El/ella está algo excitable, tenso(a), y nervioso(a).			
	(MARQUE CON UN CIR	CULO UN NUMERO)		
	Frecuentemente cierto			
	A veces cierto			
	No es cierto			
4.	4. El/ella engaña o dice mentiras.			
	(MARQUE CON UN CIR	CULO UN NUMERO)		
	Frecuentemente cierto			
	A veces cierto			
	No es cierto			
5.	5. El/ella está demasiado temeroso(a) o ansioso(a).			
	(MARQUE CON UN CIR	CULO UN NUMERO)		
	Frecuentemente cierto			
	A veces cierto			
	No es cierto			
6.	6. El/ella discute demasiado.	El/ella discute demasiado.		
	(MARQUE CON UN CIR	CULO UN NUMERO)		
	Frecuentemente cierto			
	A veces cierto			
	No es cierto			
7.	7. El/Ella tiene dificultad para concentrarse, no puede prestar atención por mucho tiemp	0.		
	(MARQUE CON UN CIR	CULO UN NUMERO)		
	Frecuentemente cierto			
	A veces cierto			
	No es cierto			
8.	8. El/ella se confunde con facilidad, parece que estuviera en las nubes.			
	(MARQUE CON UN CIR	CULO UN NUMERO)		
	Frecuentemente cierto			
	A veces cierto			
	No as giarto			

### POR FAVOR PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

9.	El/ella intimida o es malo(a) o cruel con los demás.
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)
	Frecuentemente cierto
	A veces cierto
	No es cierto
10.	El/ella es desobediente en casa.
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)
	Frecuentemente cierto
	A veces cierto
	No es cierto
11.	El/ella no parece arrepentirse después de portarse mal.
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)
	Frecuentemente cierto
	A veces cierto
	No es cierto
12.	A él/ella le cuesta llevarse bien con otros niños.
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)
	Frecuentemente cierto
	A veces cierto
	No es cierto
13.	El/ella es impulsivo(a), o actúa sin pensar.
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)
	Frecuentemente cierto
	A veces cierto
	No es cierto
14.	El/ella siente que no vale nada o que es inferior a los demás.
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)
	Frecuentemente cierto
	A veces cierto
	No es cierto

### POR FAVOR PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

15.	El/ella no es querido(a) por los otros niños.		
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)		
	Frecuentemente cierto		
	A veces cierto		
	No es cierto		
16.	El/ella tiene mucha dificultad para apartar de su mente ciertos pensamientos (tiene obsesiones).		
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)		
	Frecuentemente cierto		
	A veces cierto		
	No es cierto		
17.	El/ella es inquieto(a) o demasiado(a) activo(a), no puede quedarse quieto(a).		
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)		
	Frecuentemente cierto		
	A veces cierto		
	No es cierto		
18.	El/ella es terco(a), malhumorado(a) o irritable.		
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)		
	Frecuentemente cierto		
	A veces cierto		
	No es cierto		
19.	El/ella tiene mal genio y pierde la calma con facilidad.		
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)		
	Frecuentemente cierto		
	A veces cierto		
	No es cierto		
20.	El/ella se siente infeliz, triste o deprimido(a).		
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)		
	Frecuentemente cierto		
	A veces cierto		
	No as signts		

21.	El/ella es retraído(a), no se relaciona con los demás.
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)
	Frecuentemente cierto
	A veces cierto
	No es cierto
22.	El/ella rompe cosas a propósito o destruye deliberadamente las cosas propias o ajenas.
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)
	Frecuentemente cierto
	A veces cierto
	No es cierto
23.	El/ella se pega a los adultos.
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)
	Frecuentemente cierto
	A veces cierto
	No es cierto
24.	El/ella llora demasiado.
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)
	Frecuentemente cierto
	A veces cierto
	No es cierto
25.	El/ella exige mucha atención.
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)
	Frecuentemente cierto
	A veces cierto
	No es cierto
26.	El/ella depende demasiado de los demás.
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)
	Frecuentemente cierto
	A veces cierto
	No es cierto

### POR FAVOR PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

<b>27</b> .	El/ella siente que las otras personas quieren perjudicarlo(a).		
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)		
	Frecuentemente cierto		
	A veces cierto		
	No es cierto		
28.	El/ella frecuenta la compañía de niños(as) que se meten en problemas.		
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)		
	Frecuentemente cierto		
	A veces cierto		
	No es cierto		
29.	El/ella es reservado(a), se guarda las cosas para sí mismo(a).		
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)		
	Frecuentemente cierto		
	A veces cierto		
	No es cierto		
30.	El/ella se preocupa demasiado por todo.		
	(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)		
	Frecuentemente cierto		
	A veces cierto		
	No es cierto		

#### POR FAVOR RESPONDA AUNQUE NO SEA EPOCA DE CLASES

31. El/ella es desobediente en la escuela.

#### (MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

32. A él/ella le cuesta llevarse bien con los maestros.

#### (MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

 Frecuentemente cierto
 1

 A veces cierto
 2

 No es cierto
 3

#### MADRE/GUARDIAN:

- (1) SI SU NIÑO(A) TIENE CINCO AÑOS, POR FAVOR DETENGASE. REVISE LAS PAGINAS QUE LLENO, ASEGURANDOSE DE QUE NO SE LE HAYA QUEDADO ALGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR. LUEGO DEVUELVALE ESTE CUADERNILLO AL/A LA ENTREVISTADOR/A. SI TIENE DUDAS SOBRE ALGUNA PREGUNTA CONSULTE AL/A LA ENTREVISTADOR/A.
- (2) SI SU NIÑO(A) TIENE <u>5 O MAS AÑOS DE EDAD</u>, POR FAVOR VAYA A LA SECCION 5, PAGINA 75.

ESTA PAGINA ESTA EN BLANCO INTENCIONALMENTE

# SECCION 5: ANTECEDENTES ESCOLARES Y FAMILIARES PARA NIÑOS DE 5 - 14 AÑOS DE EDAD

ParaNOMBI	RE DEL NIÑO(A)
INSTRUCCIONES	PARA LA MADRE/GUARDIAN:
Estas preguntas tra	tan sobre la escuela y el ambiente familiar de su niño(a).
	nayor parte de las preguntas seleccionando una palabra o frase. Por favor marque mero que acompaña a la respuesta que usted seleccione.
En el caso de otras	preguntas, usted necesitará escribir una respuesta en el espacio o los recuadros.
	no le resulta clara, por favor marque con un círculo el número de la pregunta y evistador(a) sobre la misma, una vez que usted haya finalizado el cuestionario.
-	a el tipo de escuela que describa mejor la escuela de su niño(a):  ilo uno y márquelo con un círculo )  Escuela pública
	8

2.	La escuela a la que asiste su niño(a), ¿es pública o privada?			
	(Marque sólo u	(Marque sólo una con un círculo)		
	Pú	blica 1		
	Pr	vada 2		
	Ot	ra (por favor, describa qué tipo de escuela)		
		3		
	No	asiste a la escuela 4		
3.	Si su niño(a) no asiste	Si su niño(a) no asiste a la escuela, ¿por qué razón no lo hace?		
	No	puede asistir debido a una condición		
	fís	ica, emocional o mental 01		
	Fu	e expulsado(a) o suspendido(a)		
		escuela cerró debido a una huelga, no físico, etc		
		padre (padrastro o figura paterna) del io(a) no le permite ir a la escuela		
	Ot	ras razones (POR FAVOR EXPLIQUE)		
		05		
	No	se aplica; el/la niño(a) va a la escuela 06		
4.	¿,Su niño(a) ha participa	do en alguno de los siguientes programas en este último año?		
	(Marque co	on un círculo todos los que correspondan)		
	Ay	ruda en Matemáticas		
	Ау	ruda en lectura/inglés / artes del lenguaje 2		
	Su	per-dotados o con mucho talento 3		
	Ed	ucación especial/deshabilidades 4		
	lng	glés como segundo idioma		

5.	SI ES QUE su hijo(a) ha repetido ALGUNOS grados por cualquier motivo, ¿cuál o cuáles eran? (MARCA CON UN CIRCULO TODOS QUE APLIQUEN)		
	Pre-Parvulo/Parvulo/Pre-kinder/Pre-primer grado 00		
	Primer grado		
	Segundo grado		
	Tercer grado		
	Cuarto grado		
	Quinto grado		
	Séxto grado 06		
	Séptimo grado		
	Octavo grado 08		
	Noveno gardo		
	Décimo grado		
	Undécimo grado		
	Douécimo grado		
	Nunca ha repetido un grado 99		
6.	¿Cual fue el motivo principal por el cual él/ella repitió el grado la última vez? (SI FUE MÁS DE UN		
	GRADO REPETIDO, POR FAVOR PIENSE EN LA VEZ MAS RECIENTE.)		
	Nunca repitió un grado		
	Fracaso académico o falta de capacidad 01		
	Inmaduro(a); se comporta como alguien demasiado chico		
	Se ausenta frecuentemente (ausencia excusada) 03		
	Falta a clases (ausencia no excusada) 04		
	Por razones de salud		
	Se pasó a una escuela más difícil		
	Otra razón (POR FAVOR ESPECIFIQUE)		
	07		

5.	Please sign your name here:
6.	Please affix label with your supervisor's name and id # below:

IF YOU HAVE NOT FINISHED THE CHILD SUPPLEMENT, DO SO NOW.