



# SWYC™:

## 12 meses

12 meses, 0 días a 14 meses, 31 días  
 12 months, 0 days to 14 months, 31 days  
 V1.07, 4/1/17

Nombre del Niño/a:  
 (Child's name)

Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año):  
 (Date of birth)

Fecha de Hoy:  
 (Today's Date)

### **Pautas Madurativas (Developmental Milestones)**

Estas preguntas son acerca del desarrollo de su niño/a. Cuando nosotros decimos desarrollo nos referimos a cosas como gatear, caminar, jugar y hablar. Nosotros queremos tener una idea de que tan frecuentemente su niño/a hace cada una de estas cosas. Para cada pregunta, díganos si su niño/a todavía no lo hace, lo hace algunas veces o si él/ella lo hace mucho.

	Todavía No	Algunas Veces	Mucho
Agarra comida y la come . . . . .	0	1	2
Se sostiene para levantarse hasta quedar de pie . . . . .	0	1	2
Juega a juegos – como “¿Dónde está el bebe?” o “peek-a-boo” . . . . .	0	1	2
Lo llama a usted "mama" o "papa" o algo parecido . . . . .	0	1	2
Mira a su alrededor cuando usted dice cosas como: “¿Dónde está tu biberón?” o “¿Dónde está tu juguete?” . . . . .	0	1	2
Imita sonidos que usted hace . . . . .	0	1	2
Cruza una habitación caminando sin ayuda . . . . .	0	1	2
Sigue instrucciones – por ejemplo “Ven acá” o “Dame la pelota” . . . . .	0	1	2
Corre . . . . .	0	1	2
Sube escaleras caminando con ayuda . . . . .	0	1	2

### **Lista de Síntomas Pediátricos para Bebés (BPSC)**

Algunas veces todos los niños lloran, gruñen o se quejan, tienen problemas al dormir o tienen problemas cuando llegan a lugares nuevos. Comparado a la mayoría de los niños/as de esta edad, usted diría que su niño hace estas cosas igual, un poco más o mucho más que los otros niños de su misma edad?

	Igual	Un Poco Más	Mucho Más
¿Su niño/a tiene dificultad al estar con personas desconocidas? . . . . .	0	1	2
¿Su niño/a tiene dificultad al estar en lugares nuevos? . . . . .	0	1	2
¿Su niño/a tiene dificultad con los cambios? . . . . .	0	1	2
¿A su niño/a le molesta que lo carguen otras personas? . . . . .	0	1	2
¿Su niño/a llora mucho? . . . . .	0	1	2
¿Su niño/a tiene dificultad para calmarse? . . . . .	0	1	2
¿Su niño/a se enoja o se irrita fácilmente? . . . . .	0	1	2
¿Su niño/a es difícil de consolar? . . . . .	0	1	2
¿Es difícil mantener a su niño/a en un horario o una rutina establecida? . . . . .	0	1	2
¿Es difícil poner a su niño/a a dormir? . . . . .	0	1	2
¿Es difícil para usted dormir lo suficiente debido a su niño/a? . . . . .	0	1	2
¿Su niño/a tiene dificultad para mantenerse dormido? . . . . .	0	1	2



© 2010 Tufts Medical Center, Inc. All rights reserved.

\*\*\*\*\* Por favor continúe en la parte de atrás \*\*\*\*\*

**Preocupaciones de los Padres (Parent Concerns)**

	Ninguna	Alguna	Mucha
¿Tiene usted alguna preocupación acerca del aprendizaje o desarrollo de su niño/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Tiene usted alguna preocupación acerca del comportamiento de su niño/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Preguntas sobre la Familia (Family Questions)**

Debido a que miembros de su familia pueden tener un gran impacto en el desarrollo de su niño(a), por favor responda las siguientes preguntas sobre su familia:

	Sí	No
<b>1</b> ¿Hay alguien que vive con su niño que fuma tabaco?	<input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N
<b>2</b> ¿Durante el último año, ha usted consumido bebidas alcohólicas o usado drogas más de lo que hubiera deseado?	<input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N
<b>3</b> ¿Ha sentido usted el deseo o necesidad de consumir menos alcohol o drogas durante el último año?	<input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N
<b>4</b> ¿Han tenido las drogas o el consumo de alcohol por parte de algún miembro de la familia algún efecto negativo en su niño/a?	<input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N

	Nunca	A Veces	Frecuentemente
<b>5</b> Durante los últimos 12 meses, nos preocupamos que nuestra comida se acabara antes de que tuviéramos dinero para comprar más.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?**

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
<b>6</b> ¿Tener poco interés o placer en hacer las cosas?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
<b>7</b> ¿Sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanza?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3

	No hay tensión	Alguna tensión	Mucha tensión	No aplica
<b>8</b> En general, ¿cómo describiría usted su relación con su esposo/a o su pareja?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Sin dificultad	Alguna dificultad	Mucha dificultad	No aplica
<b>9</b> Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>10</b> Durante la última semana, ¿cuantos días usted u otros miembros de la familia le leyeron a su niño?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7
--	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------