

## TALLER DE EVALUACION PSICOSOCIAL (7 AÑOS Y 6 MESES)

<b>Ambiente</b>		Tiene problemas relacionados con el ambiente como		
	<b>1</b>	Pocas habitaciones por el número de integrantes	NO	SI
	<b>2</b>	Tiene baño instalado	SI	NO
	<b>3</b>	Tiene agua corriente	SI	NO
	<b>4</b>	El barrio es seguro	SI	NO
	<b>5</b>	Los integrantes de la familia beben alcohol	NO	SI
	<b>6</b>	Hay armas en la casa	NO	SI
	<b>7</b>	Esas armas ,están bien guardadas	SI	NO
	<b>8</b>	Tienen animales agresivos en contacto con el niño	NO	SI
			Está el niño en contacto con sustancias tóxicas como:	
<b>Tóxicos</b>	<b>9</b>	Alcohol	NO	SI
	<b>10</b>	Tabaco	NO	SI
	<b>11</b>	Plomo	NO	SI
	<b>12</b>	Arsénico	NO	SI
	<b>13</b>	Medicamentos	NO	SI
	<b>14</b>	Productos químicos de limpieza	NO	SI

<b>Conducta</b>	15	¿Tiene miedos?	NO	SI
	16	¿Es desobediente?	NO	SI
	17	¿Tiene actitudes agresivas?	NO	SI
	18	¿Le nota signos de timidez en algunas reacciones?	NO	SI
	19	¿Presenta periodos de atención cortos? No termina las cosas que comienza	NO	SI
	20	¿Es contestador?	NO	SI
	21	¿Presenta masturbaciones?	NO	SI
	22	¿Se come las uñas?	NO	SI
	23	¿Tiene problemas para jugar con otros niños?	NO	SI
	24	¿Tiene conductas de oposición en la escuela?	NO	SI
	25	¿Es cruel con los animales?	NO	SI
<b>Hábito Alimentación</b>	26	¿Come bien? ¿Tiene apetito?	SI	NO
	27	¿Come variado?	SI	NO
	28	¿Come las cuatro comidas y la colación?	SI	NO
	29	¿Come frutas y verduras?	SI	NO
	30	¿Toma gaseosas o jugos industrializados?	NO	SI
	31	¿Ingiere leche y lácteos?	SI	NO

<b>Hábito Alimentación</b>	<b>32</b>	¿Come comida chatarra seguido?	NO	SI
	<b>33</b>	¿Come con su familia y dialogan mientras comen?	SI	NO
	<b>34</b>	¿Picotea?	NO	SI
	<b>35</b>	¿Hay problemas a la hora de la comida?	NO	SI
	<b>36</b>	¿Mira televisión cuando come?	NO	SI
<b>Hábito Evacuatorio</b>		Tiene problemas con defecación durante un mes como:		
	<b>37</b>	Dos o menos deposiciones por semana en el baño	NO	SI
	<b>38</b>	Un episodio de incontinencia fecal por semana	NO	SI
	<b>39</b>	Retención fecal excesiva voluntaria	NO	SI
	<b>40</b>	Defecación dolorosa o de deposiciones duras	NO	SI
	<b>41</b>	Presencia de una gran masa fecal en el recto	NO	SI
	<b>42</b>	Deposiciones voluminosas que tapan el baño	NO	SI
	<b>43</b>	Defecación en lugares inapropiados más de un mes	NO	SI
	<b>44</b>	¿Se hizo caca encima más de tres meses por lo menos una vez por mes?	NO	SI
	<b>45</b>	¿Orina menos de cuatro veces por día?	NO	SI
	<b>46</b>	Se hizo pis encima dos meses seguido a razón de dos veces por semana	NO	SI
	<b>47</b>	¿Va al baño cuando está lugar fuera de su casa?	SI	NO

<b>Hábito Sueño</b>	<b>48</b>	¿Duerme solo en la habitación?	SI	NO
	<b>49</b>	¿Duerme siesta?	SI	NO
	<b>50</b>	¿Se rehúsa a ir a la cama?	NO	SI
	<b>51</b>	¿Tiene insomnio, pesadillas u otros problemas durante el sueño?	NO	SI
	<b>52</b>	¿Si duerme en cama cucheta, esta tiene barandas?	SI	NO
	<b>53</b>	¿Duerme las horas indicadas?	SI	NO
<b>Lenguaje</b>	<b>54</b>	¿Presenta tartamudeo?	NO	SI
	<b>55</b>	¿El lenguaje es fluido?	SI	NO
<b>Escuela</b>	<b>56</b>	¿Hace solo las tareas?	SI	NO
	<b>57</b>	¿Tuvo problemas de adaptación en la escuela?	NO	SI
	<b>58</b>	¿Tuvo problemas con el aprendizaje?	NO	SI
	<b>59</b>	¿Tiene un buen rendimiento escolar?	SI	NO
	<b>60</b>	¿Le gusta estudiar y aprender?	SI	NO
	<b>61</b>	¿Es prolijo?	SI	NO
	<b>62</b>	¿Falta frecuentemente a la escuela?	NO	SI
<b>63</b>	Uds. los padres ¿están de acuerdo con la escuela?	SI	NO	

<b>Escuela</b>	<b>64</b>	¿Notó algún acto de violencia o discriminación en la escuela?	NO	SI
	<b>65</b>	¿Pasó bien de año?	SI	NO
	<b>66</b>	¿Tiene problemas de conducta?	NO	SI
	<b>67</b>	¿Se cansa seguido?	NO	SI
	<b>68</b>	¿Alguna vez se escapó de la escuela?	NO	SI
	<b>69</b>	¿Lee y escribe bien?	SI	NO
	<b>70</b>	¿Tuvo problemas con las matemáticas?	NO	SI
<b>Personalidad</b>		¿Cuál de estas características concuerda más con la personalidad de su hijo?		
	<b>71</b>	Nervioso	NO	SI
	<b>72</b>	Hiperactivo	NO	SI
	<b>73</b>	Inquieto	NO	SI
	<b>74</b>	Tranquilo	SI	NO
	<b>75</b>	Retraído y apático	NO	SI
	<b>76</b>	Asustadizo	NO	SI
	<b>77</b>	Inseguro	NO	SI
	<b>78</b>	¿Tiene una competitividad excesiva?	NO	SI

<b>Personalidad</b>		Presenta comportamientos antisociales como:		
	<b>79</b>	Conducta agresiva	NO	SI
	<b>79</b>	Conducta destructiva	NO	SI
	<b>79</b>	Falsedad	NO	SI
	<b>79</b>	Violación de reglas	NO	SI
	<b>80</b>	¿Lo nota con poca autoestima?	NO	SI
	<b>81</b>	¿Le resulta fácil expresar lo que siente?	SI	NO
<b>Independencia</b>	<b>82</b>	¿Tiene signos de independencia como peinarse, intenta cocinar, etc.?	SI	NO
	<b>83</b>	¿Se pone irritable o ansioso frente a extraños o al separarse de su familia?	NO	SI
	<b>84</b>	¿Se le debe dar de comer?	NO	SI
	<b>85</b>	¿Se viste y desviste y elige su ropa?	SI	NO
	<b>86</b>	¿Se lava los dientes solo?	SI	NO
	<b>87</b>	¿Le gusta leer?	SI	NO
	<b>88</b>	¿Sabe cortar con tijera?	SI	NO
	<b>89</b>	¿Se queda a dormir solo en la casa de algún familiar?	SI	NO
	<b>90</b>	¿Se lava las manos solo?	SI	NO
	<b>91</b>	¿Sabe andar sin ruedas?	SI	NO

<b>Independencia</b>	<b>92</b>	¿Viaja solo, sale solo a la calle?	NO	SI
	<b>93</b>	¿Cuida sus útiles escolares, ordena bien su mochila escolar?	SI	NO
	<b>94</b>	¿Se lava y baña solo?	SI	NO
	<b>95</b>	¿Usa casco?	SI	NO
	<b>96</b>	¿Sabe nadar?	SI	NO
<b>Hábitos de esparcimiento</b>	<b>97</b>	¿Ve televisión más de dos horas por día?	NO	SI
	<b>97</b>	¿Está mucho tiempo sobre la computadora o juegos electrónicos, celulares?	NO	SI
	<b>98</b>	¿Realiza actividades extraescolares?	SI	NO
	<b>99</b>	¿Le nota sentido del tiempo?	SI	NO
<b>Otros hábitos</b>	<b>100</b>	¿Se cepilla los dientes dos veces por día o luego de ingerir golosinas?	SI	NO
<b>Relaciones con otras personas</b>	<b>101</b>	¿Es el niño comunicativo y sociable con adultos?	SI	NO
	<b>102</b>	¿Respeto sentimientos y actitudes de los adultos?	SI	NO
	<b>103</b>	¿Se relaciona bien con parientes?	SI	NO
	<b>104</b>	¿Juega esporádicamente?	SI	NO
	<b>105</b>	¿Se relaciona bien con otros niños?	SI	NO
	<b>106</b>	¿Le gusta jugar con otros niños (juega bien, no se pelean)?	SI	NO
	<b>107</b>	¿Se lleva bien con los amigos de la escuela?	SI	NO

<b>Situación familiar</b>	<b>108</b>	¿Es una familia numerosa?	NO	SI
	<b>109</b>	Mudanzas	NO	SI
	<b>110</b>	Mascotas	NO	SI
	<b>111</b>	Enfermedades	NO	SI
	<b>112</b>	Muertes	NO	SI
	<b>113</b>	Separación de padres	NO	SI
	<b>114</b>	¿Existe rivalidad entre hermanos?	NO	SI
	<b>115</b>	¿Hubo alguna situación de violencia familiar?	NO	SI
	<b>116</b>	¿Hay castigos hacia los niños cuando se portan mal?	SI	NO
	<b>117</b>	¿La situación económica es regular o mala?	NO	SI
	<b>118</b>	Uds. los padres ¿le pone/n limite/s al/los niño/s?	SI	NO
	<b>119</b>	Si uno le pone límites el otro ¿lo contradice?	NO	SI
	<b>120</b>	¿Pasa mucho tiempo el padre o la madre fuera de casa?	NO	SI
	<b>121</b>	¿La madre trabaja?	NO	SI
<b>122</b>	¿El niño se queda solo mucha parte del día?	NO	SI	
<b>123</b>	¿Coopera el niño con las tareas de la casa?	SI	NO	

<b>Situación familiar</b>	<b>124</b>	¿Juega UD o ambos con el niño todos los días?	SI	NO
	<b>125</b>	¿Se sienten bien los integrantes de la familia?	SI	NO
	<b>126</b>	¿Se relaciona bien el niño con ustedes?	SI	NO
	<b>127</b>	¿Conviven los padres con el niño?	SI	NO
	<b>128</b>	¿Ud. se siente una persona insegura o demasiado ansiosa?	NO	SI
	<b>129</b>	¿Ud. es una persona crítica o punitiva?	NO	SI
	<b>130</b>	¿Se siente Ud. una persona que controla la actividad de su hijo?	NO	SI
	<b>131</b>	¿Ha existido algún episodio de tensión en la familia usual o inesperada?	NO	SI
	<b>132</b>	¿Alguien en la familia es adicto al tabaco alcohol o drogas?	NO	SI
	<b>133</b>	¿Le administra de vez en cuando medicación casera?	NO	SI