

## TALLER DE EVALUACION PSICOSOCIAL (11 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>Conducta</b>	<b>8</b>	Tiene un lugar para sus cosas personales	SI	NO
	<b>9</b>	¿Tiene miedos?	NO	SI
	<b>10</b>	¿Es desobediente?	NO	SI
	<b>11</b>	¿Tiene actitudes agresivas?	NO	SI
	<b>12</b>	¿Le nota signos de timidez en algunas reacciones?	NO	SI
	<b>13</b>	¿Presenta periodos de atención cortos? No termina sus cosas.	NO	SI
	<b>14</b>	¿Es contestador?	NO	SI
	<b>15</b>	¿Presenta masturbaciones?	NO	SI

<b>Conducta</b>	<b>16</b>	¿Se come las uñas?	NO	SI
	<b>17</b>	¿Tiene problemas para jugar con otros niños?	NO	SI
	<b>18</b>	¿Tiene conductas de oposición en la escuela?	NO	SI
	<b>19</b>	¿Notó que alguna cosa lo pone triste?	NO	SI
	<b>20</b>	¿Habló de los problemas con Ud.?	SI	NO
	<b>21</b>	¿Ha tenido alguna vez un maltrato?	NO	SI
	<b>22</b>	¿Es cruel con los animales?	NO	SI
<b>Hábito Alimentación</b>	<b>23</b>	¿Come bien? ¿Tiene apetito?	SI	NO
	<b>24</b>	¿Come variado?	SI	NO
	<b>25</b>	¿Come carne y cereales?	SI	NO
	<b>26</b>	¿Come las cuatro comidas y la colación?	SI	NO
	<b>27</b>	¿Come frutas y verduras?	SI	NO
	<b>28</b>	¿Toma gaseosas o jugos industrializados?	NO	SI
	<b>29</b>	¿Ingiere leche y lácteos?	SI	NO
	<b>30</b>	¿Come comida chatarra seguido?	NO	SI
	<b>31</b>	¿Come con su familia y dialogan mientras comen?	SI	NO
	<b>32</b>	¿Picotea?	NO	SI

<b>Hábito Alimentación</b>	<b>33</b>	¿Hay problemas a la hora de la comida?	NO	SI
	<b>34</b>	¿Mira televisión cuando come?	NO	SI
	<b>35</b>	¿Come apurado?	NO	SI
	<b>36</b>	¿Nota que a veces come porque está aburrido?	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>48</b>	¿Se levanta a la noche para orinar?	NO	SI

<b>Hábito Sueño</b>	<b>49</b>	¿Duerme siesta?	SI	NO
	<b>50</b>	¿Tiene insomnio, pesadillas u otros problemas durante el sueño?	NO	SI
	<b>51</b>	¿Si duerme en cama cucheta, esta tiene barandas?	SI	NO
	<b>52</b>	¿Duerme las horas indicadas?	SI	NO
	<b>53</b>	¿Se levanta cansado?	NO	SI
<b>Escuela</b>	<b>54</b>	¿Hace solo las tareas?	SI	NO
	<b>55</b>	¿Tuvo problemas de adaptación en la escuela?	NO	SI
	<b>56</b>	¿Tiene un buen rendimiento escolar?	SI	NO
	<b>57</b>	¿Falta frecuentemente a la escuela?	NO	SI
	<b>58</b>	¿Notó algún acto de violencia o discriminación en la escuela?	NO	SI
	<b>59</b>	¿Pasó bien de año?	SI	NO
	<b>60</b>	¿Tiene problemas de conducta?	NO	SI
	<b>61</b>	¿Se cansa seguido?	NO	SI
<b>62</b>	¿Tuvo problemas con las matemáticas?	NO	SI	
<b>Personalidad</b>		¿Cuál de estas características concuerda más con la personalidad de su hijo?		
	<b>63</b>	Nervioso	NO	SI
	<b>64</b>	Hiperactivo	NO	SI

<b>Personalidad</b>	<b>65</b>	Inquieto	NO	SI
	<b>66</b>	Tranquilo	NO	SI
	<b>67</b>	Retraído y apático	NO	SI
	<b>68</b>	Agresivo	NO	SI
	<b>69</b>	Tímido	NO	SI
	<b>70</b>	Inseguro	NO	SI
	<b>71</b>	¿Tiene una competitividad excesiva?	NO	SI
		Presenta comportamientos antisociales como:		
	<b>72</b>	Conducta agresiva	NO	SI
	<b>72</b>	Conducta destructiva	NO	SI
	<b>72</b>	Falsedad	NO	SI
	<b>72</b>	Violación de reglas	NO	SI
	<b>73</b>	¿Lo nota con poca autoestima?	NO	SI
	<b>74</b>	¿Le resulta fácil expresar lo que siente?	SI	NO
<b>75</b>	¿Le expresó alguna vez ideas de suicidio?	NO	SI	
<b>Independencia</b>	<b>76</b>	¿Tiene signos de independencia como peinarse, intenta cocinar, etc.?		
	<b>77</b>	¿Le gusta leer?	SI	NO

<b>Independencia</b>	<b>78</b>	¿Se queda a dormir solo en la casa de algún familiar?	SI	NO
	<b>79</b>	¿Viaja solo, sale solo a la calle?	NO	SI
	<b>80</b>	¿Cuida sus útiles escolares, ordena bien su mochila escolar?	SI	NO
	<b>81</b>	¿Usa casco?	SI	NO
	<b>82</b>	¿Sabe nadar?	SI	NO
	<b>83</b>	¿Ordena sus juguetes, sus cosas?	SI	NO
	<b>84</b>	¿Se compra solo la ropa?	SI	NO
	<b>85</b>	¿Está consciente de normas de prevención (al cruzar la calle con extraños)?	SI	NO
	<b>86</b>	¿Tiene alguna meta deportiva, o de estudio para este año?	SI	NO
	<b>87</b>	¿Tiene algún trabajo?	SI	SI
<b>Hábitos de esparcimiento</b>	<b>88</b>	¿Ve televisión más de dos horas por día?	NO	SI
	<b>88</b>	¿Está mucho tiempo sobre la computadora o juegos electrónicos, celulares?	NO	SI
	<b>89</b>	¿Realiza actividades extraescolares?	SI	NO
	<b>90</b>	¿El eligió las actividades extraescolares?	SI	NO
	<b>91</b>	¿Tiene actividades al aire libre?	SI	NO
	<b>92</b>	¿Comparte actividad deportiva con sus padres?	SI	NO

<b>Hábitos de esparcimiento</b>	<b>93</b>	¿Practica algún deporte?	SI	NO
	<b>94</b>	¿Es un niño sedentario?	NO	SI
	<b>95</b>	¿Maneja su propio dinero?	SI	NO
<b>Otros hábitos</b>	<b>96</b>	¿Se cepilla los dientes dos veces por día o luego de ingerir golosinas?	SI	NO
	<b>97</b>	Fuma	NO	SI
	<b>98</b>	Toma bebidas alcohólicas	NO	SI
	<b>99</b>	Consume alguna sustancia	NO	SI
<b>Relaciones con otras personas</b>	<b>100</b>	¿Es el niño amistoso con otras personas?	SI	NO
	<b>101</b>	¿Respeto sentimientos y actitudes de los adultos?	SI	NO
	<b>102</b>	¿Juega esporádicamente?	SI	NO
	<b>103</b>	¿Se relaciona bien con otros niños?	SI	NO
	<b>104</b>	¿Se lleva bien con los amigos de la escuela?	SI	NO
	<b>105</b>	¿Se queda a dormir en la casa de otros chicos?	SI	NO
<b>Desarrollo</b>	<b>106</b>	¿Notó que su hijo tiene preocupaciones con su cuerpo o apariencia física?	NO	SI
	<b>107</b>	¿Habla con su hijo sobre temas de su desarrollo?	SI	NO
	<b>108</b>	¿Notó que su hijo tiene preocupaciones con su desarrollo sexual?	SI	SI

<b>Desarrollo</b>	<b>109</b>	¿Conversa con Ud. temas sexuales?	SI	NO
	<b>110</b>	¿Le preguntó su hijo temas como la homosexualidad?	SI	NO
	<b>111</b>	¿Le preguntó sobre contactos con el sexo opuesto y de relaciones sexuales?	SI	NO
<b>Situación familiar</b>	<b>112</b>	Mudanzas	NO	SI
	<b>113</b>	Mascotas	NO	SI
	<b>114</b>	Enfermedades	NO	SI
	<b>115</b>	Muertes	NO	SI
	<b>116</b>	Separación de padres	NO	SI
	<b>117</b>	¿Existe rivalidad entre hermanos?	NO	SI
	<b>118</b>	¿Hubo alguna situación de violencia familiar?	NO	SI
	<b>119</b>	¿Hay castigos hacia los niños cuando se portan mal?	SI	NO
	<b>120</b>	¿La situación económica es regular o mala?	NO	SI
	<b>121</b>	Uds. los padres ¿le pone/n limite/s al/los niño/s?	SI	NO
	<b>122</b>	Si uno le pone límites el otro ¿lo contradice?	NO	SI
	<b>123</b>	¿El niño se queda solo mucha parte del día?	NO	SI
	<b>124</b>	¿Coopera el niño con las tareas de la casa?	SI	NO
	<b>125</b>	¿Se relaciona bien el niño con ustedes?	SI	NO



<b>Situación familiar</b>	<b>126</b>	¿Conviven los padres con el niño?	SI	NO
	<b>127</b>	¿Ha existido algún episodio de tensión en la familia usual o inesperada?	NO	SI
	<b>128</b>	¿Alguien en la familia es adicto al tabaco alcohol o drogas?	NO	SI
	<b>129</b>	¿Le administra de vez en cuando medicación casera?	NO	SI
	<b>130</b>	¿Conversó con su hijo sobre normas de prevención de tránsito?	SI	NO
	<b>131</b>	¿Conversó con su hijo sobre qué le gustaría hacer en el futuro?	SI	NO