



Inquietudes de Padres

Nombre de Padre/Madre: _____ Nombre de niño/a: _____

Direcciones: *Por favor marque todos sus preocupaciones de la lista siguiente.*

___ **1. Comportamiento. Mi hijo/a:**

- ___ tiene berrinches
- ___ no puede aceptar límites
- ___ resiste reglas o rechaza a cumplir con peticiones

___ **2. Socialización. Mi hijo/a:**

- ___ no juega con otros niños
- ___ no se separa de mí fácilmente
- ___ no trabajará en un grupo
- ___ no es incluido/a de actividades con otros niños

___ **3. Habla/Idioma. Mi hijo/a:**

- ___ tiene habla poco claro o distorsionado
- ___ tiene dificultad con expresarse y sus deseos
- ___ usa oraciones incompletas
- ___ necesita instrucciones repetidas muchas veces
- ___ repite lo que él o ella dice
- ___ no recuerde información simple de día a día
- ___ da respuestas inapropiadas a las preguntas

___ **4. Autoayuda. Mi hijo/a:**

- ___ tiene dificultades con el baño
- ___ tiene dificultades con comiendo o vistiéndose
- ___ tiene dificultades en seguir rutinas

___ **5. Atención. Mi hijo/a:**

- ___ es distraído/a fácilmente
- ___ tiene una capacidad de atención corta
- ___ se lanza de una tarea a otra
- ___ persiste cuando alguien le pide que pare

___ **6. Habilidades de Desarrollo. Mi hijo/a:**

- ___ no muestra que aprende a una velocidad media

- ___ tiene retrasos en desarrollos marcados
- ___ no muestra que entiende bien
- ___ actúa más joven que su edad
- ___ busca a amigos más jóvenes

___ **7. Habilidades Motoras. Mi hijo/a:**

- ___ es torpe
- ___ tiene dificultades con usar lápices, colores, o tijeras
- ___ tiene dificultades con abrochar cierres o botones
- ___ tiene problemas con coordinación de manos/ojos
- ___ tiene control peor de sus movimientos de cuerpo

___ **8. Oído. Mi hijo/a:**

- ___ tiene dificultades con oír
- ___ pide que personas repitan o hablen más fuerte
- ___ prefiere una oreja sobre la otra
- ___ es sobresaltado con ruidos repentinos
- ___ tiene dolores del oído
- ___ habla fuertemente
- ___ mira la cara de una persona cuando esa persona habla

___ **9. Problemas de Visión. Mi hijo/a:**

- ___ tiene ojos que bizquean hacia adentro
- ___ tiene ojos bizquean hacia afuera
- ___ bizquea
- ___ inclina su cabeza
- ___ quiere sentarse demasiado cerca de la televisión
- ___ mantiene libros muy cerca de su cara
- ___ pestañea mucho
- ___ frota sus ojos

___ **10. Relacionado con Médico/Salud. Mi hijo/a:**

- ___ ha estado en el hospital ___ veces
- ___ ha tenido enfermedades serias
- ___ ha tenido accidentes