



County of San Bernardino
Preschool Services Department

Cuestionario Social/Emocional (HVI) 6-24 meses

Nombre del Niño: _____

Número de ID del Niño: _____

Marque los siguientes comportamientos que le preocupan:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Llora excesivamente más de 30 minutos | <input type="checkbox"/> Balanceándose, aleteo de la mano, movimiento de rotaciones | <input type="checkbox"/> No tiene contacto visual |
| <input type="checkbox"/> No sonrío ni se ríe | <input type="checkbox"/> Ve a objeto señalado | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al tacto |
| <input type="checkbox"/> Rigidez y arqueado en su espalda cuando lo/a recoge | <input type="checkbox"/> Sigue direcciones simples | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a sonidos |
| <input type="checkbox"/> Problemas de comer: amordazando o vomitando, llenándose la boca o comiendo artículos que no son para comer | <input type="checkbox"/> Se lastima a sí mismo a propósito | <input type="checkbox"/> Activo o hiperactivo |
| <input type="checkbox"/> Problemas digestivos | <input type="checkbox"/> Lastima a otros niños, adultos, o animales | <input type="checkbox"/> Incapaz de quedarse con una actividad por lo menos 3 minutos no incluyendo viendo T. V. /se enfoca en actividades estructuradas |
| <input type="checkbox"/> Hace sonidos balbuceantes | <input type="checkbox"/> No le gusta ser abrazado o acurrucarse | <input type="checkbox"/> Incapaz de cambiarse de una actividad a la próxima sin dificultad |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento o diarrea | <input type="checkbox"/> Duerme ocho a diez horas en un periodo de 24 horas | <input type="checkbox"/> Destruye o daña cosas a propósito |
| <input type="checkbox"/> Gritos o berrinches | <input type="checkbox"/> Problemas para dormirse en tiempo de siesta o en la noche | |
| <input type="checkbox"/> Hace las cosas una y otra vez | <input type="checkbox"/> Incapaz de expresar sus necesidades atrás vez de palabras o gestos | |

Por favor proporcione comentarios adicionales sobre las áreas de preocupación para el niño o miembro de la familia.

Firma del padre de familia: _____

Fecha: _____

Nombre del padre de familia: _____

El Departamento de Servicios Pre-escolares (PSD) está interesado en todos los aspectos de la salud de su hijo/a. Esto incluye la salud socioemocional. Por favor conteste las preguntas del cuestionario arriba para poder asistir mejor a su hijo/a en caso de que tenga alguna necesidad socioemocional. Gracias.