

FORMULARIO ANEXO B MÓDULO 3. EXCLUSIVO PARA
HERMANO/A INMEDIATAMENTE MENOR AL/LA NIÑO/NIÑA
SELECCIONADO/A
(TODAS LAS PREGUNTAS SE REFIEREN A ÉL/ELLA)

CONTROL OPERATIVO

1. Fecha de visita			2. Tipo de supervisión		3. Resultado de la visita		RÓTULO
Día	Mes	Año	Acompañamiento	<input type="checkbox"/>	Completa	<input type="checkbox"/>	
1.			Verificación personal	<input type="checkbox"/>	Incompleta	<input type="checkbox"/>	
2.			Verificación telefónica	<input type="checkbox"/>	Ausente	<input type="checkbox"/>	
3.			Ninguna	<input type="checkbox"/>	Se negaron a responder	<input type="checkbox"/>	
4.	Encuestador/a	Identificación			Otra	<input type="checkbox"/>	
6.	Supervisor/a	Identificación					5. ¿Revisó el formulario? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

ENTREVISTADOR/A: La fecha que muestra el sistema en algunas preguntas corresponde a la última fecha de la visita al hogar (hace DOS AÑOS atrás para Primer Seguimiento y TRES AÑOS Y MEDIO para la Línea de Base). En estos casos, para ayudar al/la entrevistado/a a recordar mencione: "Desde hace DOS AÑOS/ TRES AÑOS Y MEDIO, cuando pesaron y midieron al/la niño/niña y le tomaron la muestra de sangre y después lo/la llevaron para que la psicóloga le aplicara el test de Bayley por última vez..."

ENTREVISTADOR/A: El/La informante es la madre biológica del/la niño/niña seleccionado/a y en segunda opción el/la cuidador/a principal

I. IDENTIFICACIÓN

101. Nombre y número de orden del/la hermano/a inmediatamente menor al/la niño/niña seleccionado/a: _____

ENTREVISTADOR/A: Verifique que la edad es menor que la edad del/la niño/niña seleccionado/a

102. Edad: _____ Meses

V. ESCALA DE CALIDAD DE AMBIENTE DEL HOGAR

Nos gustaría conocer más acerca de su hogar y saber sobre lo que usted hace en el tiempo que pasa con (hermano de niño/niña seleccionado/a):

503. Me gustaría saber con qué cosas, **por lo general, juega** (hermano/a de niño/niña seleccionado/a) **actualmente cuando está en casa**. Por favor, muéstrame las cosas con las que él/ella juega incluyendo juguetes hechos en casa, juguetes comprados u otros objetos.

ENTREVISTADOR/A: Para cada una de las siguientes categorías, marque la opción adecuada en función del número de juguetes que usted **observa**. Anote sólo cosas que usted **observe**. Nótese que un mismo juguete puede aplicar en varias categorías y recuerde no pasar más de un tiempo razonable realizando esta tarea. Recuerde también que debe anotar juguetes con los que (hermano/a de niño/niña seleccionado/a) **juega normalmente en la actualidad**.

a. Juguetes hechos en casa	No hay <input type="checkbox"/>	Hay <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ b. ¿Cuántos?
b. Juguetes comprados en una tienda o que se pueden comprar en una tienda (fabricados)	No hay <input type="checkbox"/>	Hay menos de 4 <input type="checkbox"/>	Hay entre 4 y 8 <input type="checkbox"/>	Hay más de 8 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
c. Juguetes con los que se produce o se toca música (no sólo ruido) y/o imágenes (audiovisuales)	No hay <input type="checkbox"/>	Hay <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
d. Juguetes (objetos) para armar o construir (bloques de madera o plástico, armatodo, rompecabezas, tapete de figuras, etc.)	No hay <input type="checkbox"/>	Hay <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
e. Cosas para pintar o escribir (crayolas, colores, témperas, papel, cuadernos, etc.)	No hay <input type="checkbox"/>	Hay <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
f. Juguetes que requieren mucho movimiento físico (pelota, lazo, bates o raquetas, carro de jalar o de empujar, caballito de madera, triciclo, bicicleta, etc.)	No hay <input type="checkbox"/>	Hay menos de 4 <input type="checkbox"/>	Hay entre 4 y 8 <input type="checkbox"/>	Hay más de 8 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
g. Muñecos, muñecas y objetos para el juego de roles o juego de fantasías (tazas, platos, disfraces, etc. para jugar a los médicos, a las cocinas, a papás y a mamás, a los profesores, etc.)	No hay <input type="checkbox"/>	Hay 1 ó 2 <input type="checkbox"/>	Hay 3 ó 4 <input type="checkbox"/>	Hay entre 5 y 8 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Entrevistador/a: Incluir todos los objetos en el hogar que se usen como juguete.	Hay más de 8 <input type="checkbox"/>				1 <input type="checkbox"/>

h1. Libros infantiles de cuentos (con imágenes) de la intervención (set de 8 libros) <i>Entrevistador/a:</i> Marque "0" en municipios de control y sólo nutrición	No hay Hay	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> → b. ¿Cuántos?	
h2. Otros libros infantiles de cuentos (con imágenes) (no incluir libros escolares o libros de texto) <i>Entrevistador/a:</i> Marque "0" en municipios de control y sólo nutrición	No hay Hay	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> → b. ¿Cuántos?	
h2a. Libros infantiles de cuentos (con imágenes) (no incluir libros escolares o libros de texto) <i>Entrevistador/a:</i> Marque "0" en municipios de estimulación (con o sin nutrición)	No hay Hay	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> → b. ¿Cuántos?	
h3. Libros para colorear (no incluir libros escolares o libros de texto)	No hay Hay	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> → b. ¿Cuántos?	
i. Juguetes para aprender formas, tamaños y/o colores (armatodo, bloques de madera de diferentes formas y colores, tapete de figuras, etc.)	No hay Hay menos de 4 Hay entre 4 y 8 Hay más de 8	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	
j. Rompecabezas	No hay Hay	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> → b. ¿Cuántos?	
k. Juguetes y juegos para aprender los números	No hay Hay	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> → b. ¿Cuántos?	
l. Juguetes y juegos para aprender los nombres de los animales	No hay Hay	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> → b. ¿Cuántos?	
504. ¿Hay algún espacio o lugar específico (físico) en el hogar en el que (hermano/a de niño/niña seleccionado/a) tenga la mayoría de sus juguetes (e identifique como propio)?		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	
504b. ¿Hay algún espacio o lugar específico (físico) en el hogar en el que (hermano/a de niño/niña seleccionado/a) habitualmente se siente a pintar, dibujar, escribir, etc. (e identifique como propio)?		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	
505. En los últimos 3 días contados hasta ayer, ¿usted o algún miembro del hogar mayor de 15 años realizó las siguientes actividades con (hermano de niño/niña seleccionado/a)?			
a. leer libros, ver cuentos de imágenes o mirar las imágenes o dibujos de un libro		Sí 1 <input type="checkbox"/> → b. ¿Cuántas veces? No 2 <input type="checkbox"/>	
b. contarle cuentos o historias		Sí 1 <input type="checkbox"/> → b. ¿Cuántas veces? No 2 <input type="checkbox"/>	
c. cantar canciones		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	
d. salir a pasear por fuera de la casa; por ejemplo, al parque, a la plaza o a la tienda		Sí 1 <input type="checkbox"/> → b. ¿Cuántas veces? No 2 <input type="checkbox"/>	
e. jugar con sus juguetes		Sí 1 <input type="checkbox"/> → b. ¿Cuántas veces? No 2 <input type="checkbox"/>	
f. dibujar, pintar, jugar a hacer garabatos en papel		Sí 1 <input type="checkbox"/> → b. ¿Cuántas veces? No 2 <input type="checkbox"/>	
f1. escribir (su nombre, las letras, etc.)		Sí 1 <input type="checkbox"/> → b. ¿Cuántas veces? No 2 <input type="checkbox"/>	
g. jugar a nombrar objetos o colores		Sí 1 <input type="checkbox"/> → b. ¿Cuántas veces? No 2 <input type="checkbox"/>	
g1. jugar a contar objetos o a decir los números		Sí 1 <input type="checkbox"/> → b. ¿Cuántas veces? No 2 <input type="checkbox"/>	
506a. Cuando (hermano de niño/niña seleccionado/a) se porta mal o hace algo mal (que no debería hacer), por lo general, ¿usted qué hace? <i>ENTREVISTADORA/A:</i> Por favor, lea todas las opciones y registre la opción de respuesta más frecuente	Le grita que pare y se porte bien Le dice que pare y se porte bien Le pega para que aprenda Le quita algo que le gusta, de forma temporal Lo manda a algún lado donde esté solo durante un rato Lo distrae con algo Le explica por qué lo que ha hecho está mal No hace nada	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	
507. Cuando (hermano de niño/niña seleccionado/a) se porta bien o hace algo bien, normalmente, ¿cómo responde usted? <i>ENTREVISTADORA/A:</i> Por favor, lea todas las opciones y registre la opción de respuesta más frecuente	Lo/La felicita con palabras/expresiones como: "Bravo", "Bien hecho", "Así se hace" Lo/La aplaude Le da muestras físicas de cariño como: lo/la besa, abraza y/o acaricia Le recompensa: le ofrece algo que quiere, le da un dulce, etc. No hace nada	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> → IVa	
508. En un día normal, cuando (hermano de niño/niña seleccionado/a) se porta bien o hace algo bien, ¿con qué frecuencia le dice palabras o le da muestras de cariño como la que me acaba de mencionar? <i>ENTREVISTADORA/A:</i> Haga referencia a la respuesta señaladas en 507	Raramente Sólo algunas veces Cada vez que hace algo bien	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	

IVa. SALUD		
401.	Durante los últimos 15 días, contados hasta hoy, ¿dejó (hermano de niño/niña seleccionado/a) de realizar sus actividades normales/diarias (como ir a la guardería/escuela) debido a problemas de salud?	a. Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/>
402.	Desde hace DOS AÑOS (FECHA), ¿dejó (hermano de niño/niña seleccionado/a) de realizar sus actividades normales/diarias (como ir a la guardería/escuela) durante 7 DIAS CONSECUTIVOS o más debido a problemas de salud?	a. Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/>
403.	Desde hace DOS AÑOS (FECHA) hasta hoy, ¿padeció alguna enfermedad (por ejemplo: diabetes, enf. cardiovascular, enf. bronquial, cáncer, etc.)?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>

IVc. MORBILIDAD	
410. ¿Tiene (hermano de niño/niña seleccionado/a) alguna anomalía congénita seria o incapacidad permanente? ☞ Entrevistador/a: por ejemplo, ceguera, sordera, falta de habla, espina bífida, labio paladar hendido agudo, alteración en la formación de los miembros, síndrome de Down, etc.	a. Sí 1 <input type="checkbox"/> → b. ¿Cuál? _____ No 2 <input type="checkbox"/>
411. Durante los últimos 15 días, contados hasta hoy, ¿tuvo (hermano de niño/niña seleccionado/a) diarrea o soltura de estómago?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 414
412. ¿Cuántos días duró o lleva (hermano de niño/niña seleccionado/a) con esa diarrea o soltura del estómago?	____ días
413. ¿Cuántas veces evacuó o hizo del cuerpo (hermano de niño/niña seleccionado/a) el día en que estuvo más enfermo/a de diarrea?	____ veces
414. Durante los últimos 15 días, contados hasta hoy, ¿tuvo (hermano de niño/niña seleccionado/a) gripa, tos o resfriado con fiebre?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → VI
415. ¿Cuántos días duró o lleva (hermano de niño/niña seleccionado/a) con esa gripa, tos o resfriado con fiebre?	____ días
416. Cuando (hermano de niño/niña seleccionado/a) estaba enfermo/a, ¿respiraba más agitadamente que otras veces, con respiración corta y rápida?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>

VI. INVENTARIO DE HABILIDADES COMUNICATIVAS: VERSIÓN BREVE DEL MacARTHUR-BATES (modificado)

A. INVENTARIO I: 8-18 meses

☞ ENTREVISTADORA/A: Verifique que la edad está entre 8 y 18 meses: _____ Meses

601. LISTA DE VOCABULARIO
A continuación le voy a leer una lista con algunas de las primeras palabras que los/las niños/niñas pequeños/as entienden (comprenden) y aprenden a decir. Le voy a leer estas palabras y quiero que usted me diga cuáles de ellas (hermano/a de niño/niña seleccionado/a) ya entiende y cuáles también sabe decir, aunque las diga de manera distinta o con distinta pronunciación: por ejemplo, "tete" por leche, o "papatos/papos" en vez de zapatos, o "kleenex" en vez de pañuelo. Recuerde que esta lista incluye muchas palabras y es común que los/las niños/niñas pequeños/as no las conozcan ni las pronuncien todavía. No se preocupe si (hermano/a de niño/niña seleccionado/a) no entiende o no dice todas las palabras ya que cada niño/niña tiene su propio tiempo de desarrollo.

☞ Entrevistador/a: Lea en voz alta la palabra y pregunte al/la informante "¿_____ entiende la palabra?" y luego, si la respuesta es afirmativa, pregunte "¿_____ dice la palabra?"

Por favor, dígame si (hermano/a de niño/niña seleccionado/a) **ENTIENDE** y si **ENTIENDE Y DICE**

	Entiende	Entiende y dice		Entiende	Entiende y dice		Entiende	Entiende y dice
¡Ay!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escoba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Querer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¡Am!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jabón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sentar(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Guaguáu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Llaves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vaso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tomar(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quiquiriquí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Baño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pollito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cocina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bonita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lavamanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Caliente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cansado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rana/Sapo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Calle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tigre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cielo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nuevo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mono/Mico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Flor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sucio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Iglesia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Roto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ahorita/Ahora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hoy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cómo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Dónde Está?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mamá/Mami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Quién?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huevo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Niño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ellas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Señora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Su	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arepa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adiós/Chao	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Collar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Buenos Días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Éste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pantalón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Por Favor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Un	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zapato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Shhh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ojitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	También	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brazos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uno, Dos, Tres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mucho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No Hay	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Caer(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Afuera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Libro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ahí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dormir(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aquí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pelota/Balón/Bola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escribir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Encima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tambor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jugar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tetero/Tete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Para	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dinero/Plata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Poner(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TERMINE 

B. Inventario II: 19-30 meses

ENTREVISTADORA: Verifique que la edad está entre 19 y 30 meses: Meses

602. LISTA DE VOCABULARIO

A continuación le voy a leer una lista con algunas de las primeras palabras que los/las niños/niñas pequeños/as aprenden a decir. Le voy a leer estas palabras y quiero que usted me diga cuáles de ellas (hermano/a de niño/niña seleccionado/a) ya sabe decir, aunque las diga de manera distinta o con distinta pronunciación: por ejemplo, "tete" por leche, o "papatos/papos" en vez de zapatos, o "kleenex" en vez de pañuelo. Recuerde que esta lista incluye muchas palabras y es común que los/las niños/niñas pequeños/as no las conozcan ni las digan todavía. No se preocupe si (hermano/a de niño/niña seleccionado/a) no dice todas las palabras ya que cada niño/niña tiene su propio tiempo de desarrollo.

Entrevistador/a: Recuerde al/la informante que nos interesan las palabras que (hermano/a de niño/niña seleccionado/a) realmente **DICE**, no sólo las que entiende.

Por favor, dígame si (hermano/a de niño/niña seleccionado/a) **DICE**

¡ay!	<input type="checkbox"/>	Mano	<input type="checkbox"/>	Mamá	<input type="checkbox"/>	Sucio	<input type="checkbox"/>
guaguáú	<input type="checkbox"/>	Brazo	<input type="checkbox"/>	Niño	<input type="checkbox"/>	Grande	<input type="checkbox"/>
Muu	<input type="checkbox"/>	Bigote	<input type="checkbox"/>	Payaso	<input type="checkbox"/>	Roto	<input type="checkbox"/>
Tutu	<input type="checkbox"/>	Pelota/Balón/Bola	<input type="checkbox"/>	Madrina	<input type="checkbox"/>	Cansado	<input type="checkbox"/>
Quiquiriquí	<input type="checkbox"/>	Libro	<input type="checkbox"/>	Adiós/chao	<input type="checkbox"/>	Nuevo	<input type="checkbox"/>
Gato	<input type="checkbox"/>	Tambor	<input type="checkbox"/>	Vámonos	<input type="checkbox"/>	Malo	<input type="checkbox"/>
Pato	<input type="checkbox"/>	Tetero/Tete	<input type="checkbox"/>	Por favor	<input type="checkbox"/>	Bonita/linda	<input type="checkbox"/>
Vaca	<input type="checkbox"/>	Jabón	<input type="checkbox"/>	Buenas noches	<input type="checkbox"/>	En la mañana	<input type="checkbox"/>
Rana/Sapo	<input type="checkbox"/>	Luz	<input type="checkbox"/>	Caer(se)	<input type="checkbox"/>	Hoy	<input type="checkbox"/>
Culebra/Serpiente	<input type="checkbox"/>	Vaso/Pocillo	<input type="checkbox"/>	Dormir(se)	<input type="checkbox"/>	Mío	<input type="checkbox"/>
Tigre	<input type="checkbox"/>	Escoba	<input type="checkbox"/>	Jugar	<input type="checkbox"/>	Ésta	<input type="checkbox"/>
Carro	<input type="checkbox"/>	Fósforos	<input type="checkbox"/>	Comprar	<input type="checkbox"/>	Suya	<input type="checkbox"/>
Bus	<input type="checkbox"/>	Olla	<input type="checkbox"/>	Sentar(se)	<input type="checkbox"/>	Nuestro	<input type="checkbox"/>
Leche	<input type="checkbox"/>	Periódico	<input type="checkbox"/>	Besar	<input type="checkbox"/>	¿Dónde?	<input type="checkbox"/>
Papas	<input type="checkbox"/>	Cama	<input type="checkbox"/>	Oír	<input type="checkbox"/>	¿Quién?	<input type="checkbox"/>
Huevo	<input type="checkbox"/>	Baño	<input type="checkbox"/>	Llover	<input type="checkbox"/>	¿Cómo?	<input type="checkbox"/>

Came	<input type="checkbox"/>	Televisión	<input type="checkbox"/>	Mirar	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>
Plátano/Banano	<input type="checkbox"/>	Puerta	<input type="checkbox"/>	Ganar	<input type="checkbox"/>	La	<input type="checkbox"/>
Arroz	<input type="checkbox"/>	Sol	<input type="checkbox"/>	Hacer	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>
Ayuhama	<input type="checkbox"/>	Flor	<input type="checkbox"/>	Saltar	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Arbeja	<input type="checkbox"/>	Manguera	<input type="checkbox"/>	Saber	<input type="checkbox"/>	Más	<input type="checkbox"/>
Zapato	<input type="checkbox"/>	Timbre	<input type="checkbox"/>	Prender	<input type="checkbox"/>	No hay	<input type="checkbox"/>
Pantalón	<input type="checkbox"/>	Calle	<input type="checkbox"/>	Estar	<input type="checkbox"/>	Aquí	<input type="checkbox"/>
Camisa	<input type="checkbox"/>	Iglesia	<input type="checkbox"/>	Haber (hay)	<input type="checkbox"/>	Afuera	<input type="checkbox"/>
Falda	<input type="checkbox"/>	Fiesta	<input type="checkbox"/>	Caliente	<input type="checkbox"/>	Entonces	<input type="checkbox"/>

602a. ¿(Hermano/a de niño/niña seleccionado/a) ya empezó a combinar palabras, como "mi tete" o "más agua"?

1 todavía no

2 de vez en cuando

3 muchas veces

TERMINE



C. Inventario III: 31–48 meses

ENTREVISTADORA: Verifique que la edad es entre 31 a 48 meses: Meses

603a. LISTA DE VOCABULARIO

Le voy a leer una lista de palabras y quiero que usted me diga cuáles de ellas (hermano/a de niño/niña seleccionado/a) **SABE DECIR** aunque las diga de manera distinta o con pronunciación distinta, por ejemplo, "tiranosaurio" en vez de "dinosaurio" o "sé, supe o sabo" en vez de "saber". Esta lista incluye muchas palabras, así que no se preocupe si (hermano/a de niño/niña seleccionado/a) no las dice todas ya que cada niño/niña tiene su propio tiempo de desarrollo.

Entrevistador/a: Recuerde al/la informante que nos interesan las palabras que (hermano/a de niño/niña seleccionado/a) realmente **DICE**, no sólo las que entiende.

Por favor, dígame si (hermano/a de niño/niña seleccionado/a) **DICE** _____

Abierto	<input type="checkbox"/>	Echar	<input type="checkbox"/>	Mecánico	<input type="checkbox"/>	Por	<input type="checkbox"/>
Adelante	<input type="checkbox"/>	Empujar	<input type="checkbox"/>	Medir	<input type="checkbox"/>	Pulsera/manilla	<input type="checkbox"/>
Ambulancia	<input type="checkbox"/>	Enfermo	<input type="checkbox"/>	Meter	<input type="checkbox"/>	Puntilla/clavo	<input type="checkbox"/>
Aquel	<input type="checkbox"/>	Escalera	<input type="checkbox"/>	Mis	<input type="checkbox"/>	Quedar	<input type="checkbox"/>
Arreglar	<input type="checkbox"/>	Estante/armario (librero)	<input type="checkbox"/>	Mismo	<input type="checkbox"/>	Raqueta	<input type="checkbox"/>
Atrás/tras	<input type="checkbox"/>	Fábrica	<input type="checkbox"/>	Montaña	<input type="checkbox"/>	Raro	<input type="checkbox"/>
Ayer	<input type="checkbox"/>	Faltar	<input type="checkbox"/>	Mover	<input type="checkbox"/>	Regresar/volver	<input type="checkbox"/>
Barba	<input type="checkbox"/>	Figura	<input type="checkbox"/>	Mueble	<input type="checkbox"/>	Río	<input type="checkbox"/>
Biblioteca (pública)	<input type="checkbox"/>	Flecha	<input type="checkbox"/>	Muy	<input type="checkbox"/>	Saber	<input type="checkbox"/>
Bolsa	<input type="checkbox"/>	Garganta	<input type="checkbox"/>	Necesitar	<input type="checkbox"/>	Salvar	<input type="checkbox"/>
Caber	<input type="checkbox"/>	Grupo	<input type="checkbox"/>	Nido	<input type="checkbox"/>	Sembrar	<input type="checkbox"/>
Cada	<input type="checkbox"/>	Hasta	<input type="checkbox"/>	Nosotros	<input type="checkbox"/>	Semilla	<input type="checkbox"/>
Candado	<input type="checkbox"/>	Herramienta	<input type="checkbox"/>	Oficina	<input type="checkbox"/>	Sobre/encima de (la silla)	<input type="checkbox"/>
Cesta/canasta	<input type="checkbox"/>	Homo	<input type="checkbox"/>	Oscuro	<input type="checkbox"/>	Sus	<input type="checkbox"/>
Clínica/hospital	<input type="checkbox"/>	Idea	<input type="checkbox"/>	Parecer	<input type="checkbox"/>	Suyos	<input type="checkbox"/>
Computador	<input type="checkbox"/>	Igual	<input type="checkbox"/>	Peligroso	<input type="checkbox"/>	También	<input type="checkbox"/>
Contra	<input type="checkbox"/>	Insecto	<input type="checkbox"/>	Pequeño	<input type="checkbox"/>	Ti	<input type="checkbox"/>
Corto (pelo)	<input type="checkbox"/>	Halar (Jalar)	<input type="checkbox"/>	Pera	<input type="checkbox"/>	Tigre	<input type="checkbox"/>
Cuadrado	<input type="checkbox"/>	Juntar/unir	<input type="checkbox"/>	Perder	<input type="checkbox"/>	Torre	<input type="checkbox"/>
¿Cuál?	<input type="checkbox"/>	Lado	<input type="checkbox"/>	Perfecto	<input type="checkbox"/>	Tractor	<input type="checkbox"/>
Cueva	<input type="checkbox"/>	Lastimar	<input type="checkbox"/>	Perseguir	<input type="checkbox"/>	Tranquilo	<input type="checkbox"/>
Dañado	<input type="checkbox"/>	Letra	<input type="checkbox"/>	Persona	<input type="checkbox"/>	Vainilla	<input type="checkbox"/>
Descansar	<input type="checkbox"/>	Línea	<input type="checkbox"/>	Pesado (cesto)	<input type="checkbox"/>	Vender	<input type="checkbox"/>
Después	<input type="checkbox"/>	Lugar/sitio	<input type="checkbox"/>	Pintor	<input type="checkbox"/>	Verdura	<input type="checkbox"/>
Dinosaurio	<input type="checkbox"/>	Manejar	<input type="checkbox"/>	Plástico	<input type="checkbox"/>	Vidrio	<input type="checkbox"/>

