

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 | | | | | |
| 1. <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Acompañamiento | <input type="checkbox"/> | Completa | <input type="checkbox"/> | |
| 2. <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Verificación personal | <input type="checkbox"/> | Incompleta | <input type="checkbox"/> | |
| 3. <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Verificación telefónica | <input type="checkbox"/> | Ausente | <input type="checkbox"/> | |
| | | | Ninguna | <input type="checkbox"/> | Se negaron a responder | <input type="checkbox"/> | |
| 4. Encuestador/a | Identificación <input type="text"/> | | | | Otra | <input type="checkbox"/> | 5. ¿Revisó el formulario? |
| 6. Supervisor/a | Identificación <input type="text"/> | | | | | | 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, muéstreme 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? <input type="text"/> |
| 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"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <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"/> | |
| d. Juguetes (objetos) para armar o construir (bloques de madera o plástico, armado, rompecabezas, tapete de figuras, etc.) | No hay <input type="checkbox"/> Hay <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> 1 <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"/> | |
| 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"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <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"/> Hay más de 8 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> | |

Entrevistador/a: Incluir todos los objetos en el hogar que se usen como juguete.

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| h1. Libros infantiles de cuentos (con imágenes) de la intervención (set de 8 libros) 👉Entrevistador/a: Marque "0" en municipios de control y sólo nutrición | No hay Hay | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> → b. ¿Cuántos? <input type="text"/> | |
| h2. Otros libros infantiles de cuentos (con imágenes) (no incluir libros escolares o libros de texto) 👉Entrevistador/a: Marque "0" en municipios de control y sólo nutrición | No hay Hay | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> → b. ¿Cuántos? <input type="text"/> | |
| h2a. Libros infantiles de cuentos (con imágenes) (no incluir libros escolares o libros de texto) 👉Entrevistador/a: Marque "0" en municipios de estimulación (con o sin nutrición) | No hay Hay | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> → b. ¿Cuántos? <input type="text"/> | |
| 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? <input type="text"/> | |
| 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? <input type="text"/> | |
| k. Juguetes y juegos para aprender los números | No hay Hay | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> → b. ¿Cuántos? <input type="text"/> | |
| l. Juguetes y juegos para aprender los nombres de los animales | No hay Hay | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> → b. ¿Cuántos? <input type="text"/> | |
| 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? <input type="text"/> No 2 <input type="checkbox"/> | | |
| b. contarle cuentos o historias | Sí 1 <input type="checkbox"/> → b. ¿Cuántas veces? <input type="text"/> 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? <input type="text"/> No 2 <input type="checkbox"/> | | |
| e. jugar con sus juguetes | Sí 1 <input type="checkbox"/> → b. ¿Cuántas veces? <input type="text"/> No 2 <input type="checkbox"/> | | |
| f. dibujar, pintar, jugar a hacer garabatos en papel | Sí 1 <input type="checkbox"/> → b. ¿Cuántas veces? <input type="text"/> No 2 <input type="checkbox"/> | | |
| f1. escribir (su nombre, las letras, etc.) | Sí 1 <input type="checkbox"/> → b. ¿Cuántas veces? <input type="text"/> No 2 <input type="checkbox"/> | | |
| g. jugar a nombrar objetos o colores | Sí 1 <input type="checkbox"/> → b. ¿Cuántas veces? <input type="text"/> No 2 <input type="checkbox"/> | | |
| g1. jugar a contar objetos o a decir los números | Sí 1 <input type="checkbox"/> → b. ¿Cuántas veces? <input type="text"/> 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? 👉ENTREVISTADOR/A: 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? 👉ENTREVISTADOR/A: 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? 👉ENTREVISTADOR/A: 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"/> | b. ¿Cuántos días? <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 402. | Desde <i>hace DOS AÑOS (FECHA)</i> , ¿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"/> | b. ¿Cuántos días? <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 403. | Desde <i>hace DOS AÑOS (FECHA)</i> 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? 👉 <i>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.</i> | a. Sí 1 <input type="checkbox"/> ➔ b. ¿Cuál? <input type="text"/> 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? | <input type="text"/> <input type="text"/> 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? | <input type="text"/> <input type="text"/> 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? | <input type="text"/> <input type="text"/> 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 | | | | | | | | |
| 👉 ENTREVISTADOR/A: Verifique que la edad está entre 8 y 18 meses: <input type="text"/> <input type="text"/> 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. | | | | | | | | |
| 👉 <i>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?"</i> | | | | | | | | |
| 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"/> |
| Came | <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"/> |
| guaguáu | <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"/> |

[illegible]