
 <b>The Institute for Fiscal</b>	<b>PILOTO DE DESARROLLO COGNITIVO</b> <b>Línea de Base - Formulario del Hogar</b> <b>FORMULARIO ANEXO MÓDULO 3. EXCLUSIVO PARA EL</b> <b>NIÑO(A) SELECCIONADO(A)</b> <b>(TODAS LAS PREGUNTAS SE REFIEREN A ÉL/ELLA)</b>	 <b>S.E.I. S.A.</b> Sistemas Especializados de Información S.A. <i>En encuestas e información... Calidad por convicción!</i>
---	---	---

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

**ENTREVISTADOR(A): El informante es la madre biológica del niño(a) seleccionado(a) , y en segunda opción el cuidador principal.**

**I. IDENTIFICACIÓN**

101. Nombre y número de orden del niño/niña seleccionado(a):

**II. INTERACCIÓN CON MADRE Y PADRE BIOLÓGICOS (si ellos no viven en el hogar)**

**ENTREVISTADOR(A): Revise la estructura del hogar para diligenciar las preguntas 201 y 205.**

201. La madre biológica de (niño/niña seleccionado(a)):	Usualmente vive en este hogar    1 <input type="checkbox"/> → 205 Está viva pero no vive en este hogar    2 <input type="checkbox"/> → 203 Se murió    3 <input type="checkbox"/>	
202. ¿En qué año murió la madre biológica de: (niño/niña seleccionado(a))?	<input style="width: 100px;" type="text"/>	→ 205
203. ¿En qué año se fue de forma permanente de este hogar la madre biológica de (niño/niña seleccionado(a))?	<input style="width: 100px;" type="text"/>	
204. ¿Con qué frecuencia ve (niño/niña seleccionado(a)) a su madre biológica?	Nunca ha vivido en este hogar    1 <input type="checkbox"/> Muy frecuentemente (varias veces por semana)    1 <input type="checkbox"/> Ocasionalmente (algunas veces al mes)    2 <input type="checkbox"/> Rara vez (algunas veces al año o menos)    3 <input type="checkbox"/> Nunca    4 <input type="checkbox"/>	
205. El padre biológico de (niño/niña seleccionado(a)):	Usualmente vive en este hogar    1 <input type="checkbox"/> → III Está vivo pero no vive en este hogar    2 <input type="checkbox"/> → 207 Se murió    3 <input type="checkbox"/>	
206. ¿En qué año murió el padre biológico de (niño/niña seleccionado(a))?	<input style="width: 100px;" type="text"/>	→ III
207. ¿En qué año se fue de forma permanente de este hogar el padre biológico de (niño/niña seleccionado(a))?	<input style="width: 100px;" type="text"/>	
208. ¿Con qué frecuencia ve (niño/niña seleccionado(a)) a su padre biológico?	Nunca ha vivido en este hogar <input type="checkbox"/> Muy frecuentemente (varias veces por semana)    1 <input type="checkbox"/> Ocasionalmente (algunas veces al mes)    2 <input type="checkbox"/> Rara vez (algunas veces al año o menos)    3 <input type="checkbox"/> Nunca    4 <input type="checkbox"/>	

### III. USO DEL TIEMPO

**ENTREVISTADOR(A):** Solicite al cuidador principal reconstruir las actividades desarrolladas por el niño/niña el día anterior (o el último día entre semana, si el día anterior fue un fin de semana o festivo).

Pensando en lo que hizo (niño/niña seleccionado(a)) ayer, ¿puede decirme dónde y con quién estuvo en los diferentes momentos del día?

Podría ser útil pensar primero en lo que pasó en las primeras horas de la mañana. ¿Con quien estuvo el niño/niña después de que se despertó y hasta la hora de almuerzo? ¿Cuántas horas pasó con esta persona o en el establecimiento donde lo cuidan?

**Repita el mismo ejercicio para el tiempo entre el almuerzo y la comida, y entre la comida y la hora de irse a dormir.**

**301.** Con base en el recuento compile la siguiente información:

a. Hora	b. Estuvo bajo el cuidado de:	c. Registre el número de orden con el que ésta persona está registrada en la estructura del hogar	d. ¿Quién?
De: [ ][ ] : [ ][ ] A: [ ][ ] : [ ][ ]	Un miembro del hogar 1 <input type="checkbox"/> Un establecimiento de cuidado 2 <input type="checkbox"/> → <b>Siguiente actividad</b> Una persona externa al hogar 3 <input type="checkbox"/> → <b>d</b>	[ ][ ] ↓	<div> <div> 1. Madre biológica  2. Cuidador Principal – si aplica (persona que responde el módulo 5)  3. Padre biológico  4. Madrastra  5. Padrastra  6. Abuela  7. Abuelo  8. Hermana </div> <div> 9. Hermano  10. Tío  11. Tía  12. Otro pariente  13. Amigo  14. Vecino  15. Conocido  16. Otro ¿Quién? ↓            (especificar) </div> </div> <div> 1 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>  2 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>  3 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/>  4 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/>  5 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/>  6 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/>  7 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/>  8 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> → </div>
De: [ ][ ] : [ ][ ] A: [ ][ ] : [ ][ ]	Un miembro del hogar 1 <input type="checkbox"/> Un establecimiento de cuidado 2 <input type="checkbox"/> → <b>Siguiente actividad</b> Una persona externa al hogar 3 <input type="checkbox"/> → <b>d</b>	[ ][ ] ↓	<div> <div> 1. Madre biológica  2. Cuidador Principal – si aplica (persona que responde el módulo 5)  3. Padre biológico  4. Madrastra  5. Padrastra  6. Abuela  7. Abuelo  8. Hermana </div> <div> 9. Hermano  10. Tío  11. Tía  12. Otro pariente  13. Amigo  14. Vecino  15. Conocido  16. Otro ¿Quién? ↓            (especificar) </div> </div> <div> 1 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>  2 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>  3 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/>  4 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/>  5 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/>  6 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/>  7 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/>  8 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> → </div>
De: [ ][ ] : [ ][ ] A: [ ][ ] : [ ][ ]	Un miembro del hogar 1 <input type="checkbox"/> Un establecimiento de cuidado 2 <input type="checkbox"/> → <b>Siguiente actividad</b> Una persona externa al hogar 3 <input type="checkbox"/> → <b>d</b>	[ ][ ] ↓	<div> <div> 1. Madre biológica  2. Cuidador Principal – si aplica (persona que responde el módulo 5)  3. Padre biológico  4. Madrastra  5. Padrastra  6. Abuela  7. Abuelo  8. Hermana </div> <div> 9. Hermano  10. Tío  11. Tía  12. Otro pariente  13. Amigo  14. Vecino  15. Conocido  16. Otro ¿Quién? ↓            (especificar) </div> </div> <div> 1 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>  2 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>  3 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/>  4 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/>  5 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/>  6 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/>  7 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/>  8 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> → </div>
De: [ ][ ] : [ ][ ] A: [ ][ ] : [ ][ ]	Un miembro del hogar 1 <input type="checkbox"/> Un establecimiento de cuidado 2 <input type="checkbox"/> → <b>Siguiente actividad</b> Una persona externa al hogar 3 <input type="checkbox"/> → <b>d</b>	[ ][ ] ↓	<div> <div> 1. Madre biológica  2. Cuidador Principal – si aplica (persona que responde el módulo 5)  3. Padre biológico  4. Madrastra  5. Padrastra  6. Abuela  7. Abuelo  8. Hermana </div> <div> 9. Hermano  10. Tío  11. Tía  12. Otro pariente  13. Amigo  14. Vecino  15. Conocido  16. Otro ¿Quién? ↓            (especificar) </div> </div> <div> 1 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>  2 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>  3 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/>  4 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/>  5 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/>  6 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/>  7 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/>  8 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> → </div>
De: [ ][ ] : [ ][ ] A: [ ][ ] : [ ][ ]	Un miembro del hogar 1 <input type="checkbox"/> Un establecimiento de cuidado 2 <input type="checkbox"/> → <b>Siguiente actividad</b> Una persona externa al hogar 3 <input type="checkbox"/> → <b>d</b>	[ ][ ] ↓	<div> <div> 1. Madre biológica  2. Cuidador Principal – si aplica (persona que responde el módulo 5)  3. Padre biológico  4. Madrastra  5. Padrastra  6. Abuela  7. Abuelo  8. Hermana </div> <div> 9. Hermano  10. Tío  11. Tía  12. Otro pariente  13. Amigo  14. Vecino  15. Conocido  16. Otro ¿Quién? ↓            (especificar) </div> </div> <div> 1 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>  2 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>  3 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/>  4 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/>  5 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/>  6 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/>  7 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/>  8 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> → </div>
De: [ ][ ] : [ ][ ] A: [ ][ ] : [ ][ ]	Un miembro del hogar 1 <input type="checkbox"/> Un establecimiento de cuidado 2 <input type="checkbox"/> → <b>Siguiente actividad</b> Una persona externa al hogar 3 <input type="checkbox"/> → <b>d</b>	[ ][ ] ↓	<div> <div> 1. Madre biológica  2. Cuidador Principal – si aplica (persona que responde el módulo 5)  3. Padre biológico  4. Madrastra  5. Padrastra  6. Abuela  7. Abuelo  8. Hermana </div> <div> 9. Hermano  10. Tío  11. Tía  12. Otro pariente  13. Amigo  14. Vecino  15. Conocido  16. Otro ¿Quién? ↓            (especificar) </div> </div> <div> 1 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>  2 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>  3 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/>  4 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/>  5 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/>  6 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/>  7 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/>  8 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> → </div>

De: _ _ : _ _  A: _ _ : _ _	Un miembro del hogar 1 <input type="checkbox"/> Un establecimiento de cuidado 2 <input type="checkbox"/> →Siguiente actividad Una persona externa al hogar 3 <input type="checkbox"/> →d	_ _ ↓	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"/>	9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> →
De: _ _ : _ _  A: _ _ : _ _	Un miembro del hogar 1 <input type="checkbox"/> Un establecimiento de cuidado 2 <input type="checkbox"/> →Siguiente actividad Una persona externa al hogar 3 <input type="checkbox"/> →d	_ _ ↓	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"/>	9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> →
De: _ _ : _ _  A: _ _ : _ _	Un miembro del hogar 1 <input type="checkbox"/> Un establecimiento de cuidado 2 <input type="checkbox"/> →Siguiente actividad Una persona externa al hogar 3 <input type="checkbox"/> →d	_ _ ↓	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"/>	9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> →
De: _ _ : _ _  A: _ _ : _ _	Un miembro del hogar 1 <input type="checkbox"/> Un establecimiento de cuidado 2 <input type="checkbox"/> →Siguiente actividad Una persona externa al hogar 3 <input type="checkbox"/> →d	_ _ ↓	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"/>	9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> →
De: _ _ : _ _  A: _ _ : _ _	Un miembro del hogar 1 <input type="checkbox"/> Un establecimiento de cuidado 2 <input type="checkbox"/> →Siguiente actividad Una persona externa al hogar 3 <input type="checkbox"/> →d	_ _ ↓	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"/>	9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> →
De: _ _ : _ _  A: _ _ : _ _	Un miembro del hogar 1 <input type="checkbox"/> Un establecimiento de cuidado 2 <input type="checkbox"/> →Siguiente actividad Una persona externa al hogar 3 <input type="checkbox"/> →d	_ _ ↓	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"/>	9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> →
De: _ _ : _ _  A: _ _ : _ _	Un miembro del hogar 1 <input type="checkbox"/> Un establecimiento de cuidado 2 <input type="checkbox"/> →Siguiente actividad Una persona externa al hogar 3 <input type="checkbox"/> →d	_ _ ↓	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"/>	9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> →
De: _ _ : _ _  A: _ _ : _ _	Un miembro del hogar 1 <input type="checkbox"/> Un establecimiento de cuidado 2 <input type="checkbox"/> →Siguiente actividad Una persona externa al hogar 3 <input type="checkbox"/> →d	_ _ ↓	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"/>	9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> →

**ENTREVISTADOR(A):** La siguiente batería de preguntas se refiere a cada una de las personas mencionadas en la pregunta anterior (301) más la madre. Transcriba en el encabezado de cada columna (parte sombreada) las personas que fueron mencionadas en **301.c** y/o **301.d**.

**Todas las preguntas a continuación (302- 310) se refieren al día anterior o a el último día entre semana, si el día anterior fue un fin de semana o festivo.**

	a. Madre Biológica	b.	c.	d.	e.	f.	g.
<b>302.</b> Pensando de nuevo en el día de ayer, y en particular en lo que hizo (niño/niña seleccionado(a) ¿pasó (indicar persona (a-g)) algún tiempo <b>sólo</b> con (niño/niña seleccionado(a) ), jugando con sus juguetes?	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>
<b>303.</b> ¿Pasó (indicar persona(a-e)) algún tiempo jugando con sus juguetes con (niño/niña seleccionado(a) junto con otros niños o niñas?	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>
<b>304.</b> ¿Pasó (indicar persona (a-e)) algún tiempo jugando (dibujando, pintando, bailando, etc.), <b>sólo</b> con (niño/niña seleccionado(a) )?	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>
<b>305.</b> ¿Pasó (indicar persona (a-e)) algún tiempo jugando (dibujando, pintando, bailando, etc.) con (niño/niña selección ado(a) junto con otros niños o niñas?	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>
<b>306.</b> ¿Pasó (indicar persona (a-e)) algún tiempo leyendo o contando historias <b>sólo</b> a (niño/niña seleccionado(a))?	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>

	a. Madre Biológica	b.	c.	d.	e.	f.	g.
<b>307.</b> ¿Pasó (indicar persona (a-e)) algún tiempo leyendo o contando historias a (niño/niña seleccionado(a)) junto con otros niños y/o niñas?	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM)  _ _ , _ _  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM)  _ _ , _ _  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM)  _ _ , _ _  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM)  _ _ , _ _  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM)  _ _ , _ _  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM)  _ _ , _ _  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM)  _ _ , _ _  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>
<b>308.</b> ¿Pasó (indicar persona (a-e)) algún tiempo cuidando (en actividades como vestirlo(a), bañarlo(a), darle comida, cepillarle los dientes, cambiando el pañal, etc.) a (niño/niña seleccionado(a)) ?	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM)  _ _ , _ _  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM)  _ _ , _ _  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM)  _ _ , _ _  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM)  _ _ , _ _  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM)  _ _ , _ _  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM)  _ _ , _ _  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM)  _ _ , _ _  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>
<b>309.</b> ¿Llevó (indicar persona (a-e) a (niño/niña seleccionado(a)) a jugar fuera de la casa, por ejemplo al parque (es decir en el exterior)?	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM)  _ _ , _ _  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM)  _ _ , _ _  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM)  _ _ , _ _  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM)  _ _ , _ _  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM)  _ _ , _ _  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM)  _ _ , _ _  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM)  _ _ , _ _  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>
<b>310.</b> ¿Llevó (indicar persona (a-e)) a (niño/niña seleccionado(a)) a algún establecimiento de cuidado?	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM)  _ _ , _ _  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM)  _ _ , _ _  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM)  _ _ , _ _  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM)  _ _ , _ _  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM)  _ _ , _ _  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM)  _ _ , _ _  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM)  _ _ , _ _  No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>

311. ¿Fue el día al que se refieren las respuestas anteriores (día anterior o el último día entre semana si el día anterior fue fin de semana o festivo), un día de actividades <b>normales</b> para el niño?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	
312. En <b>los últimos 7 días contados hasta ayer</b> , ¿se ha quedado (niño/niña seleccionado(a) solo o al cuidado de otro niño menor de 10 años?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	→ IV
313. ¿Durante cuántas horas? (Por favor, indique el total de horas que el niño/niña se ha quedado solo o al cuidado de un menor de 10 años durante toda la semana (es decir, horas acumuladas))	_ _ _  Horas	

#### IV. ESCALA BATES DE TEMPERAMENTO

🗨️ **Entrevistador(a):** Después de leer cada pregunta, lea las opciones.

Para cada una de las siguientes preguntas, por favor dígame la opción que mejor describa a (niño/niña seleccionado(a)):

401.	¿Qué tan fácil o difícil es para usted calmar a (niño/niña seleccionado(a)) cuando él/ella está molesto(a) o irritable?	Muy fácil 1 <input type="checkbox"/>	Fácil 2 <input type="checkbox"/>	Regular 3 <input type="checkbox"/>	Difícil 4 <input type="checkbox"/>	Muy difícil 5 <input type="checkbox"/>	
402.	Por lo general, ¿cuántas veces al día se pone berrinchoso(a), malgeniado(a), o irritable (niño/niña seleccionado(a)), por ratos cortos o ratos largos?	Nunca 1 <input type="checkbox"/>	De 1 a 3 veces al día 2 <input type="checkbox"/>	De 4 a 7 veces al día 3 <input type="checkbox"/>	De 8 a 11 veces al día 4 <input type="checkbox"/>	12 ó más veces al día 5 <input type="checkbox"/>	
403.	En general, ¿qué tan seguido llora, se pone berrinchoso(a), irritable o molesto(a) (niño/niña seleccionado(a)), en comparación con otros bebés?	Casi nunca 1 <input type="checkbox"/>	Muy poco, menos que otros bebés 2 <input type="checkbox"/>	Más o menos lo mismo que otros bebés 3 <input type="checkbox"/>	Un poco más que otros bebés 4 <input type="checkbox"/>	Mucho más que otros bebés 5 <input type="checkbox"/>	
404.	Generalmente, ¿cómo reacciona (niño/niña seleccionado(a)) cuando ve a alguien por primera vez?	Casi siempre responde bien 1 <input type="checkbox"/>	Muchas veces (más de la mitad) responde bien 2 <input type="checkbox"/>	La mitad de las veces responde bien 3 <input type="checkbox"/>	Muchas veces (más de la mitad) responde mal o con miedo 4 <input type="checkbox"/>	Casi siempre responde mal o con miedo 5 <input type="checkbox"/>	
405.	Generalmente, ¿cómo reacciona (niño/niña seleccionado(a)) al estar en un lugar nuevo?	Casi siempre responde bien 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Muchas veces (más de la mitad) responde bien 2 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	La mitad de las veces responde bien 3 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Muchas veces (más de la mitad) responde mal o con miedo 4 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Casi siempre responde mal o con miedo 5 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	
406.	En comparación con otros bebés, ¿qué tan fácil o difícil es que (niño/niña seleccionado(a)) se moleste o irrite?	Es muy difícil que se moleste 1 <input type="checkbox"/>	Es difícil que se moleste 2 <input type="checkbox"/>	Lo normal; ni fácil ni difícil que se moleste 3 <input type="checkbox"/>	Es fácil que se moleste 4 <input type="checkbox"/>	Es muy fácil que se moleste 5 <input type="checkbox"/>	
407.	Cuando (niño/niña seleccionado(a)) se molesta (Ej. antes de comer, mientras que se le cambia su pañal, etc.), ¿qué tan intenso es el llanto, berrinche, o pataleta?	Muy suave 1 <input type="checkbox"/>	Poco intenso 2 <input type="checkbox"/>	Con fuerza normal, moderada 3 <input type="checkbox"/>	Intenso 4 <input type="checkbox"/>	Muy intenso 5 <input type="checkbox"/>	
408.	En comparación con otros niños, ¿qué tanto sonríe o hace sonidos de alegría (niño/niña seleccionado(a))?	Mucho más que otros bebés 1 <input type="checkbox"/>	Más que otros bebés 2 <input type="checkbox"/>	Igual que otros bebés 3 <input type="checkbox"/>	Menos que otros bebés 4 <input type="checkbox"/>	Mucho menos que otros bebés 5 <input type="checkbox"/>	
409.	Generalmente, ¿cómo es el humor de (niño/niña seleccionado(a))?	Muy feliz y alegre 1 <input type="checkbox"/>	Feliz y alegre 2 <input type="checkbox"/>	Ni serio ni alegre 3 <input type="checkbox"/>	Serio 4 <input type="checkbox"/>	Muy serio 5 <input type="checkbox"/>	
410.	¿Qué tanto disfruta (niño/niña seleccionado(a)) al jugar con usted?	Le gusta muchísimo 1 <input type="checkbox"/>	Le gusta 2 <input type="checkbox"/>	Más o menos 3 <input type="checkbox"/>	Le gusta poco 4 <input type="checkbox"/>	No le gusta 5 <input type="checkbox"/>	
411.	¿Cómo reacciona (niño/niña seleccionado(a)) ante cambios en la rutina diaria, (Ej. cuando usted va a la iglesia, a una reunión, o a una diligencia, etc.)?	No se molesta 1 <input type="checkbox"/>	Se molesta muy poco 2 <input type="checkbox"/>	Más o menos, se molesta lo normal 3 <input type="checkbox"/>	Se molesta 4 <input type="checkbox"/>	Se molesta muchísimo 5 <input type="checkbox"/>	
412.	¿Qué tanto cambia el estado de ánimo de (niño/niña seleccionado(a))?	Cambia muy poco 1 <input type="checkbox"/>	Cambia poco 2 <input type="checkbox"/>	Cambia lo normal 3 <input type="checkbox"/>	Cambia mucho 4 <input type="checkbox"/>	Siempre cambia 5 <input type="checkbox"/>	

413.	¿Qué tanto se emociona (niño/niña seleccionado(a)) cuando una persona conocida juega o habla con él/ella?	Se emociona muchísimo 1 <input type="checkbox"/>	Se emociona bastante 2 <input type="checkbox"/>	Se emociona moderadamente 3 <input type="checkbox"/>	Se emociona muy poco 4 <input type="checkbox"/>	No se emociona para nada 5 <input type="checkbox"/>
414.	Normalmente, ¿insiste (niño/niña seleccionado(a)) en jugar con algunos objetos de los que se le ha dicho que no los toque?	No insiste 1 <input type="checkbox"/>	Casi nunca insiste 2 <input type="checkbox"/>	Insiste algunas veces 3 <input type="checkbox"/>	Casi siempre insiste 4 <input type="checkbox"/>	Insiste siempre/muchísimo 5 <input type="checkbox"/>
415.	Normalmente, ¿insiste (niño/niña seleccionado(a)) en ir a un lugar a donde usted le ha dicho que no vaya (Ej. "no, ahí no", "para")?	No insiste 1 <input type="checkbox"/>	Casi nunca insiste 2 <input type="checkbox"/>	Insiste algunas veces 3 <input type="checkbox"/>	Casi siempre insiste 4 <input type="checkbox"/>	Insiste siempre/muchísimo 5 <input type="checkbox"/>
416.	Cuando (niño/niña seleccionado(a)) quiere ir a un lugar peligroso o no adecuado y usted lo aleja, ¿se molesta, llora o hace pataleta?	Nunca 1 <input type="checkbox"/>	Casi nunca 2 <input type="checkbox"/>	Algunas veces 3 <input type="checkbox"/>	Casi siempre 4 <input type="checkbox"/>	Siempre 5 <input type="checkbox"/>
417.	Por favor indique qué tan fácil o difícil sería para otra mamá común y corriente atender a (niño/niña seleccionado(a))	Muy fácil 1 <input type="checkbox"/>	Fácil 2 <input type="checkbox"/>	Más o menos fácil, tendría algunos problemas 3 <input type="checkbox"/>	Difícil 4 <input type="checkbox"/>	Muy difícil, tendría muchas dificultades para lidiar con él/ella 5 <input type="checkbox"/>

## 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 (niño/niña seleccionado(a)) :

501.	¿Me podría mostrar cuántos libros para adultos hay en el hogar, es decir, los libros que hay en su casa sin incluir libros escolares, libros para niños ni las cartillas de familias en acción? (Registre el número libros que <b>observa</b> )	No hay Entre 1 y 2 Entre 3 y 5 6 ó más	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
502.	¿Me podría mostrar cuántas revistas y periódicos hay en el hogar? (Registre el número de revistas y periódicos que <b>observa</b> )	No hay Entre 1 y 2 Entre 3 y 5 6 ó más	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
503.	Ahora me gustaría saber con qué cosas, <b>por lo general, juega</b> (niño/niña seleccionado(a)) 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.  <b>ENTREVISTADOR (A):</b> 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 el niño/niña seleccionado(a) juega normalmente.		
a.	Juguetes hechos en casa	Hay No hay	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
b.	Juguetes comprados	Hay menos de 4 Hay 4 ó más	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
c.	Juguetes con los que se produce o se toca música (no sólo ruido) y/o imágenes (audiovisuales)	Hay No hay	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
d.	Juguetes para armar o construir	Hay No hay	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
e.	Cosas para pintar o escribir	Hay No hay	1 <input type="checkbox"/> 2 <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)	Hay No hay	1 <input type="checkbox"/> 2 <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.)	Hay 1 No hay Hay más de 1	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
h.	Libros infantiles de cuentos (con imágenes) o para colorear (no incluir libros escolares o libros de texto)	Hay 1 No hay Hay más de 1	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
i.	Juguetes para aprender formas y/o colores	Hay No hay	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
504.	¿Hay algún espacio o lugar específico (físico) en el hogar en el que (niño/niña seleccionado(a)) tenga la mayoría de sus juguetes (e identifique como propio)?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>





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

**EJEMPLOS:** Por favor díganos otras palabras que (niño/niña seleccionado(a)) sepa decir y que yo no le haya leído.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Ninguna ☐

## B. Inventario II: 19-24 meses

 **ENTREVISTADOR (A):** Verifique que la edad es entre 19 a 24 meses | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | Meses

A continuación le voy a leer una lista con algunas de las primeras palabras que los niños/niñas pequeños(as) aprenden a decir. Le voy a leer estas palabras y quiero que usted me diga cuáles de ellas (niño/niña seleccionado(a)) ya sabe decir, aunque las diga de manera distinta o con distinta pronunciación. Por ejemplo, "tete" por leche. Esta lista incluye muchas palabras y es común que los niños/niñas pequeños(as) no las pronuncien todavía. No se preocupe si su hijo/hija no dice todas las palabras.

¡ay!	<input type="radio"/>	Mano	<input type="radio"/>	Mamá	<input type="radio"/>	Sucio	<input type="radio"/>
guaguáú	<input type="radio"/>	Brazo	<input type="radio"/>	Niño	<input type="radio"/>	Grande	<input type="radio"/>
Muu	<input type="radio"/>	Bigote	<input type="radio"/>	Payaso	<input type="radio"/>	Roto	<input type="radio"/>
Tutu	<input type="radio"/>	Pelota	<input type="radio"/>	Madrina	<input type="radio"/>	Cansado	<input type="radio"/>
Quiquiriquí	<input type="radio"/>	Libro	<input type="radio"/>	Adiós/chao	<input type="radio"/>	Nuevo	<input type="radio"/>
Gato	<input type="radio"/>	Tambor	<input type="radio"/>	Vámonos	<input type="radio"/>	Malo	<input type="radio"/>
Pato	<input type="radio"/>	Tetero	<input type="radio"/>	Por favor	<input type="radio"/>	Bonita/linda	<input type="radio"/>
Vaca	<input type="radio"/>	Jabón	<input type="radio"/>	Buenas noches	<input type="radio"/>	En la mañana	<input type="radio"/>
Rana	<input type="radio"/>	Luz	<input type="radio"/>	Caer(se)	<input type="radio"/>	Hoy	<input type="radio"/>
Culebra/serpiente	<input type="radio"/>	Vasos	<input type="radio"/>	Dormir(se)	<input type="radio"/>	Mío	<input type="radio"/>
Tigre	<input type="radio"/>	Escoba	<input type="radio"/>	Jugar	<input type="radio"/>	Ésta	<input type="radio"/>
Carro	<input type="radio"/>	Fósforos	<input type="radio"/>	Comprar	<input type="radio"/>	Suya	<input type="radio"/>
Bus	<input type="radio"/>	Olla	<input type="radio"/>	Sentar(se)	<input type="radio"/>	Nuestro	<input type="radio"/>
Leche	<input type="radio"/>	Periódico	<input type="radio"/>	Besar	<input type="radio"/>	Dónde	<input type="radio"/>
Papas	<input type="radio"/>	Cama	<input type="radio"/>	Oír	<input type="radio"/>	Quién	<input type="radio"/>
Huevo	<input type="radio"/>	Baño	<input type="radio"/>	Llover	<input type="radio"/>	Cómo	<input type="radio"/>
Carne	<input type="radio"/>	Televisión	<input type="radio"/>	Mirar	<input type="radio"/>	A	<input type="radio"/>
Plátano/banano	<input type="radio"/>	Puerta	<input type="radio"/>	Ganar	<input type="radio"/>	La	<input type="radio"/>
Arroz	<input type="radio"/>	Sol	<input type="radio"/>	Hacer	<input type="radio"/>	Sí	<input type="radio"/>
Tomate	<input type="radio"/>	Flor	<input type="radio"/>	Saltar	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Pollo	<input type="radio"/>	Manguera	<input type="radio"/>	Saber	<input type="radio"/>	Más	<input type="radio"/>
Zapato	<input type="radio"/>	Timbre	<input type="radio"/>	Prender	<input type="radio"/>	No hay	<input type="radio"/>
Pantalón	<input type="radio"/>	Calle	<input type="radio"/>	Estar	<input type="radio"/>	Aquí	<input type="radio"/>
Camisa	<input type="radio"/>	Iglesia	<input type="radio"/>	Haber (hay)	<input type="radio"/>	Afuera	<input type="radio"/>
Falda	<input type="radio"/>	Fiesta	<input type="radio"/>	Caliente	<input type="radio"/>	Entonces	<input type="radio"/>

¿Su hijo ya empezó a combinar palabras, como "mi tete" o "más agua"?

1 ☐ todavía no ➔ Pase a VII


2 ☐ de vez en cuando

3 ☐ muchas veces

**EJEMPLOS:** Por favor dígame tres ejemplos de las frases más largas que recuerde que (niño/niña seleccionado(a)) haya dicho últimamente.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Ninguno ☐

VII. ANTROPOMETRIA y HEMOGLOBINA			
 <b>ENTREVISTADOR(A):</b> Las mediciones antropométricas y la muestra de sangre sólo se toman al niño(a) seleccionado(a)			
<b>a) Medida de peso y talla</b>			
<b>701.</b>	Fecha de la medición:	Día  __  Mes __  Año  __ __ __	
<b>702.</b>	Peso:	__ __ __ .__  Kg	
<b>703.</b>	Talla:	__ __ __ .__  cm	
<b>704.</b>	¿Dejó de tomar alguna medida?	Sí 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>	→ <b>b</b>
<b>705.</b>	¿Por qué razón no se pudo tomar esa medida?	Niño(a) enfermo(a) 1 <input type="checkbox"/> Niño(a) ausente 2 <input type="checkbox"/> Niño(a) rehusó 3 <input type="checkbox"/> Madre rehusó 4 <input type="checkbox"/> Niño(a) discapacitado(a) 5 <input type="checkbox"/> Otro 6 <input type="checkbox"/>	
<b>b) Hemoglobina</b>			
<b>706.</b>	Valor de hemoglobina	__ __ __ .__  mg/dl	
<b>707.</b>	¿Dejó de tomar la hemoglobina?	Sí 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>	→ ⊗
<b>708.</b>	¿Por qué razón no se pudo tomar la hemoglobina?	Niño(a) enfermo(a) 1 <input type="checkbox"/> Niño(a) ausente 2 <input type="checkbox"/> Niño(a) rehusó 3 <input type="checkbox"/> Madre rehusó 4 <input type="checkbox"/> Niño(a) discapacitado(a) 5 <input type="checkbox"/> Otro 6 <input type="checkbox"/>	