





	Sí, siempre	Sí, pero insuficientes o esporádicos	Nunca	No aplica	No sabe
20. Si el niño o la niña no vive con el padre o la madre, ¿éste o ésta aporta recursos económicos para su crianza?					

**Antecedentes de la Vivienda que habita el niño o la niña**

Marque con una equis (X) en la casilla de la derecha la alternativa que mejor represente la situación de vivienda en que habita el/ la niño/a:

21. Clasifique el tipo de vivienda en el que vive el niño o niña	Casa	Departamento en edificio	Pieza en casa antigua o conventillo	Mejora o mediagua	Rancho, choza	Ruca	Otro tipo de vivienda
22. ¿Cuál es la situación de propiedad de la vivienda en que habita la familia?	Propia pagada	Propia pagándose	Arrendada	Cedida (por trabajo, servicio o comodato)	Ocupada irregularmente (vivienda en toma)	Allegados	Otra
23. La vivienda de la familia, ¿bajo qué situación ocupa el sitio?	Propio pagado	Propio pagándose	Arrendado	Cedido (por servicios, familiar u otra)	Usufructo (sólo uso y goce)	Toma de terreno	Campamento o Aldea

24. ¿Cuántas habitaciones de la vivienda se utilizan sólo para dormir? No contestan niños o niñas que viven en Residencia Sename o de protección. Se debe contestar con números, según corresponda.	
---	--

	Sí	No	No sabe
25. ¿La vivienda cuenta con baño con sistema de eliminación de excretas?			
26. El/la niño/niña, ¿tiene una cama de uso exclusivo para él/ella?			
27. El/la niño o niña, ¿comparte la cama con otras personas regularmente?			

	Sí	No	No, pero se habilita cuando se necesita	No sabe
28. ¿Existe un espacio de la vivienda habilitado para el uso del/la niño /niña y que le permita jugar?				
29. ¿La vivienda de la familia se encuentra accesible por cercanía y/o tiempo de traslado a algún Servicio de Salud Pública (Hospital, Consultorio de Atención Primaria o Posta)?				
30. ¿La vivienda de la familia se encuentra cercana a uno o más lugares públicos de recreación que le permita a el/la estudiante realizar juegos o actividades físicas y recreativas?				

**C. ANTECEDENTES DE SALUD DEL NIÑO O LA NIÑA**

**Medición de Peso y Talla**

Las preguntas 1, 2 y 3 deben ser respondidas por la Educadora de Párvulos en relación con los resultados de la Medición que ella o el Servicio de Salud realizó:

1. Peso	2. Estatura	3. Fecha en que se realizó la medición
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kilos	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Centímetros	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

**Hábitos de sueño**

Indicar el horario habitual de lunes a viernes en que el niño/ la niña...	Hora	Minutos	No sabe
4. Se despierta en la mañana			
5. Se duerme en la noche			

6. ¿Duerme siesta el niño/ la niña? (lunes a viernes)

Sí	No	No sabe
----	----	---------

7. Si en la pregunta anterior señaló Sí, debe indicar la cantidad en MINUTOS (1 hora = 60 minutos)	
--	--

8. Considerando la ÚLTIMA SEMANA: ¿El/la niño/niña tiene algún problema asociado al sueño que interfiera en su funcionamiento diario? Como por ejemplo: alteración del ánimo, falta de concentración, entre otros.	Sí	No	No sabe
--	----	----	---------

**Salud Bucal.**

9. Presencia de Caries.

Una caries	Dos o más caries	No se observan caries	No se puede evaluar

10. Si tiene caries ¿El niño o la niña se encuentra en tratamiento dental?

Sí	No	No sabe

11. El niño o la niña, ¿a qué edad visitó por primera vez al dentista?

Antes de los dos años	A los dos años	A los tres años	A los cuatro años	Después de los 4 años	No lo ha visitado	No sabe
-----------------------	----------------	-----------------	-------------------	-----------------------	-------------------	---------

12. ¿Cuál fue el motivo de la primera visita del niño o la niña al dentista?

Control Odontológico	Caries	Dolor	Traumatismo dental	Otro, ¿Cuál?	No sabe
----------------------	--------	-------	--------------------	--------------	---------

13. En los últimos dos años, ¿con qué frecuencia el niño o la niña ha visitado al dentista?

1 vez	2 veces	Más de 2 veces	No lo ha visitado	No sabe
-------	---------	----------------	-------------------	---------

14. ¿Algún profesional de la salud le ha enseñado cómo cuidar la dentadura de su hijo/a o pupilo/a?

Sólo me informaron algo rápido, pero no aprendí nada	Sí, me enseñaron y aprendí algunas cosas, pero aún tengo muchas dudas	Sí, me enseñaron y me siento bien preparada/o para cuidar su dentadura	Nunca me han enseñado cómo cuidar la salud bucal de mi niño/a	No sabe
--	---	--	---	---------

Control Sano

la fecha del último control de salud del niño o niña?

15. El niño/la niña, ¿asiste regularmente a sus controles de salud (Control Sano u otros)?

Sí	No	No sabe
----	----	---------

Condición de salud del niño o la niña

16. ¿C  
uál  
fue

Mes		Año		

17. Teniendo en cuenta la salud del/la niño/a en el ÚLTIMO MES, la ayuda que recibe de personas, la utilización de algún elemento de apoyo o cualquier medicamento que tome y, comparado/a con otros niños/as de la misma edad, responder, ¿Qué tan problemático ha sido para el/la niño/a completar una tarea?

Nada problemático	Levemente problemático	Moderadamente problemático	Severamente problemático	Extremadamente problemático/ No puede hacerlo	No sabe
-------------------	------------------------	----------------------------	--------------------------	---	---------

Las siguientes preguntas son acerca de las dificultades que pudiera tener el/la niño/a para realizar ciertas actividades, debido **SOLAMENTE A SU ESTADO DE SALUD** y sin considerar aparatos o dispositivos de ayuda, medicamentos o personas que le ayudan.

	Ninguna dificultad	Dificultad leve	Dificultad moderada	Dificultad severa	Dificultad extrema/ Imposibilidad	No sabe
18. ¿Qué grado de dificultad ha tenido para ver sin lentes?						
19. ¿Qué grado de dificultad ha tenido para escuchar sin dispositivo de ayuda para oír o audífonos?						
20. ¿Qué grado de dificultad ha tenido para caminar?						
21. ¿Qué grado de dificultad ha tenido para entenderle a usted y a otros?						
22. ¿Qué grado de dificultad ha tenido para aprender?						
23. ¿Qué grado de dificultad ha tenido para controlar su comportamiento?						
24. ¿Cuánta dificultad ha tenido para llevarse bien con otro/as niños/as?						

25. En relación a lo que el/la niño/a necesita, indique cuál es su percepción respecto a lo siguiente: ¿Hasta qué punto el establecimiento le facilita o dificulta al estudiante hacer las actividades que debe realizar en él?

Facilita mucho	Facilita poco	Ni facilita ni dificulta	Dificulta poco	Dificulta mucho	No sabe	No responde
----------------	---------------	--------------------------	----------------	-----------------	---------	-------------

26. Debido a su salud, ¿el/la niño/a utiliza algunos de los siguientes dispositivos o recursos de apoyo que le permitan estudiar mejor? Registre con una equis (X) el o los que correspondan.

Lentes ópticos	
Lentes de contacto	
Ayudas ópticas y no ópticas: lupa, telescopio, filtro para lentes ópticos, atril, bastón, scanner visual	
Audífonos	
Equipo FM	
Implantes auditivos, procesadores y accesorios	
Silla de ruedas	
Muletas, bastones o andador	
Prótesis	
Elementos ortopédicos: Corsé y/o plantilla de realce	
Alimentación por sonda y/o auto cateterismo	
Equipo de grabación y transcripción	
Computador para el hogar, escáner y/o impresora	

Software de reconocimiento de voz, lector de labios, de organización, lector de pantalla	
Computador portátil o Tablet	
Material pedagógico adaptado y/o juguetes adaptados	
Sistema de comunicación aumentativa y tecnología para la comunicación	
Aulas, baños y residencias accesibles, mobiliario adaptado (por ejemplo: mesa y silla de colegio, otro para educación física)	
Transporte gratuito accesible	
Apoyo humano: lector, intérprete en lenguaje de señas u otro intérprete, por ejemplo, labio lector	
Adecuación curricular o ajustes al Plan de estudios, tiempo adicional para los exámenes o reprogramación de exámenes	
Otro, ¿Cuál?	
Ninguno	

27. Además de los recursos que utiliza, ¿cree usted que necesitaría algún dispositivo o recurso de apoyo que le permitan estudiar mejor debido a su salud? Registre con una equis (X) el o los que correspondan.

Lentes ópticos		Software de reconocimiento de voz, lector de labios, de organización, lector de pantalla	
Lentes de contacto		Computador portátil o Tablet	
Ayudas ópticas y no ópticas: lupa, telescopio, filtro para lentes ópticos, atril, bastón, scanner visual		Material pedagógico adaptado y/o juguetes adaptados	
Audífonos		Sistema de comunicación aumentativa y tecnología para la comunicación	
Equipo FM		Aulas, baños y residencias accesibles, mobiliario adaptado (por ejemplo: mesa y silla de colegio, otro para educación física)	
Implantes auditivos, procesadores y accesorios		Transporte gratuito accesible	
Silla de ruedas		Apoyo humano: lector, intérprete en lenguaje de señas u otro intérprete, por ejemplo, labio lector	
Muletas, bastones o andador		Adecuación curricular o ajustes al Plan de estudios, tiempo adicional para los exámenes o reprogramación de exámenes	
Prótesis		Otro, ¿Cuál?	
Elementos ortopédicos: Corsé y/o plantilla de realce		Ninguno	
Alimentación por sonda y/o auto cateterismo			
Equipo de grabación y transcripción			
Computador para el hogar, escáner y/o impresora			

28. En su opinión, ¿Cómo considera el peso actual del/la niño/a?

Desnutrido/a	Bajo peso	Peso normal	Sobrepeso	Obeso/a

29. El/la niño/a, ¿ha sido diagnosticado/a por un médico con alguna enfermedad o condición de salud que requiera tratamiento médico o medicamento por un periodo prolongado de tiempo?  Sí  No  No sabe

30. Si respondió Sí en la pregunta anterior: Marque con una equis (X) la alternativa que corresponda.

Asma	Bronco Pulmonar	Diabetes tipo I	Diabetes tipo II	Epilepsia	Obesidad	Enfermedad Celíaca	Dislipidemia	Alergia alimentaria	Otra

31. Si respondió Sí en la pregunta anterior: Indique la cantidad de días de inasistencia a clases del/la niño/a en los últimos 12 meses debido a la enfermedad o condición de salud que requiera tratamiento médico o medicamento por un periodo prolongado de tiempo.

Ninguno	Entre 1 y 5 días	Entre 6 y 10 días	Más de 10 días	No sabe

#### D. ASPECTOS RELEVANTES DE LA CRIANZA

##### Antecedentes Primera Infancia

Ponga en la casilla de la derecha el número que corresponda

	Años	No sabe
1. ¿Qué edad tenía la madre al momento del parto del/la niño/niña?		
2. ¿Qué edad tenía la madre del/la niño /niña al momento de su primer parto?		
3. ¿Cuánto pesó el niño o niña al nacer?	No sabe	
<input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Gramos		
4. ¿Fue prematuro/a? (Nació con menos de 37 semanas de gestación o pesó menos de 2500 gramos).	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe

5. El/la niño /niña, ¿hasta qué edad recibió lactancia materna EXCLUSIVA?

No recibió lactancia materna	Entre 1 y 4 meses	Entre 5 y 6 meses	Más de 7 meses	No sabe

##### Antecedentes de la Escolaridad del niño o la niña

Marque una equis (X) en la casilla correspondiente a la respuesta de cada una de las siguientes preguntas.

	Sí	No	No sabe
El/la niño/niña asistió a:	6. Sala Cuna		
	7. Jardín Infantil (Nivel Medio)		
	8. Pre Kinder (Transición I)		

##### Paternalidad

Marque con una equis (X) en la casilla que corresponda la alternativa que mejor represente la situación de la figura paterna en la crianza del/la niño/a:

	Sí, siempre	Sólo en algunos periodos de tiempo	No, nunca	No aplica	No sabe
9. ¿Existe una figura paterna presente en la crianza del/la niño/niña? (Juega con él/ella, lo/alleva al establecimiento, lo/alleva a médico, lo/a cuida cuando está enfermo/a, calmarlo/a cuando llora, etc.)					

10. ¿Qué persona representa la figura paterna presente en la crianza del/la niño/a?

Padre biológico o adoptivo	Pareja de la madre	Hermano mayor	Tío	Abuelo	Otro familiar	Otro no familiar	No sabe/ No aplica

**Estimulación y Apoyo**

Durante el ÚLTIMO MES, ¿con qué frecuencia usted o el/la cuidador/a principal ha realizado las siguientes actividades con el/la niño/a

	Nunca	1 o 2 veces	3 o 4 veces	Más de 4 veces	No sabe
11. ¿Leyó con él o ella o le contó historias?					
12. ¿Cantó o tocó algún instrumento junto al niño o la niña?					
13. ¿Pintó o escribió junto al niño o la niña?					
14. ¿Realizó alguna actividad cultural fuera del hogar como ir al museo, recitales, cine o teatro?					
15. ¿Realizó alguna actividad deportiva o recreativa?					
16. ¿Jugó con él o ella en una plaza o parque público?					
17. ¿Llevó al niño o a la niña a jugar con otros niños del barrio?					

18. Si el niño o la niña hizo pre kinder en un establecimiento municipal. ¿Recibió RINJU? (Rincón de Juegos entregado por el Programa Chile Crece Contigo de Ministerio de Desarrollo Social).

Sí	No	No sabe
----	----	---------

19. Si respondió SÍ en la pregunta anterior, señalar cuántas veces usaron el RINJU para jugar juntos durante el último mes:

Nunca	1 o 2 veces	3 a 4 veces	Más de 4 veces	No sabe

A continuación se describen diferentes frases respecto a la crianza de niños/as. No hay respuestas buenas ni malas. Por favor marque en cada casilla si está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de estas frases:

	De acuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo
20. Los niños y niñas normales son tranquilos y obedientes			
21. Los niños y niñas deben hacer felices a sus padres			
22. Si un niño o niña hace pataletas es porque está malcriado/a			
23. Los niños juegan con autos y las niñas con muñecas			
24. A esta edad los niños y niñas debiesen resolver sus problemas por sí mismos			
25. A esta edad los niños y niñas debiesen pasar la mayor parte del tiempo jugando			

26. La mayor parte del tiempo, la crianza de el/la niño/niña me resulta fácil...

Siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca	No sabe

Cuento con apoyo para la crianza por parte de...	Siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca	No sabe
27. Familia					
28. Instituciones					
29. Vecinos					
30. Amistades					

31. En general, diría que la mayor parte del tiempo el/la niño/niña se ve:

Alegre	Triste	Enojado	Nervioso/Ansioso	Miedoso	No sabe

32. ¿Alguno(s) de los familiares que viven con el/la niño/niña participa activa o frecuentemente en alguna organización social o recreativa? (Considerando por ejemplo: club deportivo, voluntariados, religiosa, entre otras).

Si	No	No sabe o no aplica