

| | | | | | |
|--|-------------|--------------------------------------|-------|-----------|---------|
| | 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? <i>No contestan niños o niñas que viven en Residencia Sename o de protección. Se debe contestar con números, según corresponda.</i> | |
|--|--|

| | | | |
|---|----|----|---------|
| | 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 Público (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"/> <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

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

| | | |
|----|----|---------|
| Sí | No | No sabe |
|----|----|---------|

16. ¿Cuál fue la fecha del último control de salud del niño o niña?

| | |
|-----|-----|
| Mes | Año |
|-----|-----|

Condición de salud del niño o la niña

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 | 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 | |

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 | | |
| | Gramos | | |
| 4. ¿Fue prematuro/a? (Nació con menos de 37 semanas de gestación o pesó menos de 2500 gramos). | | Sí | No |
| | | 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) | | | |

Paternidad

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/a lleva al establecimiento, lo/a lleva 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 |
| | | |