

Salud/Seguridad y Habilidades de Autoayuda

Nombre de niño(a): _____

1. Su niño le toma la mano al cruzar la calle? ____ si ____ no
2. Su niño(a) trata de desbrochar su cinturón de seguridad? ____ si ____ no
3. Su niño(a) deja de correr y camina con un adulto? ____ si ____ no
4. Su niño(a) busca un adulto conocido para que lo consuelen? ____ si ____ no

Por favor dar algunos ejemplos:

--

5. Su niño(a) usa el baño en casa? ____ si ____ no
6. Su niño(a) se lava las manos en casa? ____ si ____ no
7. Usted ayuda su niño(a) cepillarse los dientes? ____ si ____ no
8. Cuando está bañando su niño(a), su niño(a) le ayuda bañarse? ____ si ____ no
9. Su niño(a) usa sus dedos o utensilios para comer?
____ dedos ____ utensilios
10. Que usa su niño(a) para beber?
____ taza de entrenamiento ____ taza
11. Usa su niño(a) un chupón en casa? ____ si ____ no
12. Su niño se puede quitar sus calcetines y zapatos? ____ calcetines ____ zapatos
____ ambos
13. Su niño(a) se puede poner sus calcetines y zapatos?
____ por si mismo ____ con la ayuda de un adulto
14. Su niño(a) puede quitarse su chaqueta?
____ por si mismo ____ con la ayuda de un adulto
15. Su niño(a) puede subir su pantalón?
____ por si mismo ____ con la ayuda de un adulto
16. Su niño(a) puede bajarse su pantalón?
____ por si mismo ____ con la ayuda de un adulto