

Antecedentes de ocupación de los padres del niño o la niña

Marque con una equis (X) en la casilla correspondiente la alternativa (SÓLO UNA) que mejor represente la Situación Ocupacional de la madre y el padre del/la estudiante durante los últimos 6 meses. La situación ocupacional del/la Jefe/a de Familia SÓLO se debe registrar cuando este rol no lo asuman ni el padre ni la madre.

¿Cuál es la ocupación ...	Se encuentra cesante	Empleador/a o Patrón/a	Trabajador/a por Cuenta Propia	Asalariado/a del Sector Privado (Empleado/a, Obrero/a, Jornalero/a)	Asalariado/a del Sector Público	Personal de Servicio Doméstico Puertas Adentro	Personal de Servicio Doméstico Puertas Afuera	Trabajo Familiar o Personal No Remunerado	Jubilado/a o Pensionado/a	Dueña de Casa	Estudiante	No sabe o No Aplica
18. de la madre?												
19. del padre?												
20. del/la jefe/a de familia?												

	Sí, Siempre	Sí, pero insuficientes o esporádicos	Nunca	No aplica	No sabe
21. Si el niño o la niña no vive con el padre o la madre, ¿éste/a 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:

22. Clasifique cuál es 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
23. ¿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
24. 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

25. ¿Cuántas habitaciones de la vivienda se utilizan sólo para dormir? (*) (**)	SÍ	NO	No sabe
(*) No contestan niños /niñas que viven en Hogar de Menores (**) Se debe contestar con números, según corresponda.			
26. ¿La vivienda cuenta con baño con sistema de eliminación de excretas?			
27. El/la niño /niña, ¿duerme solo/a en su cama?			

	SI	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 al/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, 3 y 4 deben ser respondidas por la Educadora de Párvulos en relación a los resultados de la Medición que ella o el Servicio de Salud realizó:

1. Peso			,		Kgs.
---------	--	--	---	--	------

2. Estatura				Cms.
-------------	--	--	--	------

3. Fecha en que se realizó la medición			-			-	
--	--	--	---	--	--	---	--

Salud Bucal

4. Presencia de Caries

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

5. ¿El niño/ la niña se encuentra en tratamiento dental?

SÍ		NO		No sabe	
----	--	----	--	---------	--

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

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

7. ¿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

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

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

9. ¿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

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

SÍ		NO		No sabe	
----	--	----	--	---------	--

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

Mes			Año			
-----	--	--	-----	--	--	--

Condición de salud del niño o la niña

12. 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
13. ¿Qué grado de dificultad ha tenido para ver sin lentes?						
14. ¿Qué grado de dificultad ha tenido para escuchar sin dispositivo de ayuda para oír o audífonos?						
15. ¿Qué grado de dificultad ha tenido para caminar?						
16. ¿Qué grado de dificultad ha tenido para entenderle a usted y a otros?						
17. ¿Qué grado de dificultad ha tenido para aprender?						
18. ¿Qué grado de dificultad ha tenido para controlar su comportamiento?						
19. ¿Cuánta dificultad ha tenido para llevarse bien con otro/as niños/as?						

20. 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

21. 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	
Audífonos	
Implante coclear	
Silla de ruedas	
Muletas o Bastones	
Prótesis	
Alimentación por sondas	
Equipos de grabación	
Libros audibles	
Computador en el hogar	
Escáner o una impresora	
Software de reconocimiento de voz	
Aulas, baños y residencias accesibles	
Establecimientos accesibles, con exclusión de las residenciales	
Transporte gratuito accesible	
Apoyo humano, tales como un lector, intérprete de lenguaje de señas u otro intérprete, por ejemplo, labio-lector	
Adecuación curricular o ajustes al plan de estudios	
Otro, ¿Cuál?	
Ninguno	

22. 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	
Audífonos	
Implante coclear	
Silla de ruedas	
Muletas o Bastones	
Prótesis	
Alimentación por sondas	
Equipos de grabación	
Libros audibles	
Computador en el hogar	
Escáner o una impresora	
Software de reconocimiento de voz	
Aulas, baños y residencias accesibles	
Establecimientos accesibles, con exclusión de las residenciales	
Transporte gratuito accesible	
Apoyo humano, tales como un lector, intérprete de lenguaje de señas u otro intérprete, por ejemplo, labio-lector	
Adecuación curricular o ajustes al plan de estudios	
Otro, ¿Cuál?	
Ninguno	

23. El/la niño/a, ¿ha sido diagnosticado/a por un médico con alguna enfermedad crónica?

SÍ	NO	No sabe

24. Marque con una equis (X) la alternativa que corresponda.

Asma	Bronco Pulmonar	Diabetes	Epilepsia	Obesidad	Enfermedad Celiaca	Otra, ¿Cuál?

Si respondió SÍ en la pregunta C23:

25. Indique la cantidad de días de inasistencia a clases del/la niño/a en los últimos 12 meses debido a la enfermedad crónica diagnosticada.

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/la niño /niña al nacer?	SÍ	NO	No sabe								
<table border="1"> <tr> <td>Peso</td> <td></td> <td>,</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Grs.</td> <td>No sabe</td> </tr> </table>	Peso		,				Grs.	No sabe			
Peso		,				Grs.	No sabe				
4. ¿Fue prematuro/a?, (nació con menos de 37 semanas de gestación o pesó menos de 2500 gramos)											

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)		

Contestan solo si el niño o niña asiste a Kinder y cursó el Pre-Kinder.

9. Dónde cursó el Pre Kinder	JUNJI	INTEGRA	Escuela Municipal o Particular Subvencionada	Jardín Particular	No sabe

Paternidad

Marque la respuesta con una equis (X)

10. El padre del niño o niña, ¿estuvo presente en el parto?	SÍ		NO		No sabe	
---	----	--	----	--	---------	--

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 períodos de tiempo	No, nunca	No aplica	No sabe
11. ¿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.)					

12. ¿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
13. Leyó con él o ella o le contó historias?					
14. Cantó o tocó algún instrumento junto al niño o la niña?					
15. Pintó o escribió junto al niño o la niña?					
16. Realizó alguna actividad cultural fuera del hogar como ir al museo, recitales, cine o teatro?					
17. Realizó alguna actividad deportiva o recreativa?					
18. Jugó con él o ella en una plaza o parque público?					
19. Llevó al niño o a la niña a jugar con otros niños del barrio?					

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.			

En relación a la crianza del niño o la niña, marque con una (X) en la casilla que corresponda, la alternativa que mejor represente su experiencia con él o ella:

26. Criar a este niño/a me resulta:

Fácil la mayor parte del tiempo	Ni fácil ni difícil	Difícil la mayor parte del tiempo	No sabe

27. ¿Cuento con apoyo para la crianza? (familia, instituciones, vecinos)

Siempre	Algunas veces	Nunca

28. En general diría que el/la niño/a se ve:

Alegre y feliz la mayor parte del tiempo	Triste o enojado la mayor parte del tiempo.	Nervioso o ansioso la mayor parte del tiempo	No sabe

Antecedentes de la participación social de la familia del niño o la niña

29. ¿Alguno(s) de los familiares que viven con el/la niño /niña participa activa o frecuentemente en cualquiera de las siguientes organizaciones? Marque con una equis (X) en la casilla correspondiente (marcar todas las opciones que sean necesarias).

Organización Territorial (Junta de Vecinos, Comité de Aguas, de allegados, etc.)	Club Deportivo o recreativo	Organización religiosa	Agrupación artístico-cultural (grupo folklórico, de música, de baile, batucadas, otros)	Agrupaciones juveniles o estudiantiles	Club o grupo de Adulto Mayor	Voluntariado (Cruz Roja, damas de colores, institución de caridad)
Grupos de Autoayuda en salud (diabéticos, hipertensos, obesos, AA.AA., etc.)	Sindicato, Partido político, Colegio Profesional	Organización Indígena	Centros de Padres y Apoderados	Centros de Madres o grupos de mujeres	Ningún integrante de la familia participa en este tipo de organizaciones	No sabe o no aplica

MUCHAS GRACIAS POR HABER COMPLETADO ESTA INFORMACIÓN.