

**Fecha de Administración:\***

**Nombre del Proveedor**

Primer nombre:

Segundo nombre:

Apellido:

**Nombre de ELS**

Primer nombre:

Apellido:

**Complete las siguientes preguntas.**

1. Tengo conversaciones con mis hijos.\*

- Menos de semanal
- Al menos una vez por semana
- La mayoría de los días
- Cada día

2. Tengo conversaciones con mis hijos durante las actividades cotidianas, como a la hora de comer y cambiar pañales. \*

- Menos de semanal
- Al menos una vez por semana
- La mayoría de los días
- Cada día

3. Leo con mis hijos. \*

- Menos de semanal
- Al menos una vez por semana
- La mayoría de los días
- Cada día

4. Cuento historias a mis hijos. \*

<input type="checkbox"/> Menos de semanal
<input type="checkbox"/> Al menos una vez por semana
<input type="checkbox"/> La mayoría de los días
<input type="checkbox"/> Cada día

5. Fomento y participo en juegos imaginarios con mis hijos. \*

<input type="checkbox"/> Menos de semanal
<input type="checkbox"/> Al menos una vez por semana
<input type="checkbox"/> La mayoría de los días
<input type="checkbox"/> Cada día

6. Describo las actividades de juego de mis hijos a medida que se desarrollan. \*

<input type="checkbox"/> Menos de semanal
<input type="checkbox"/> Al menos una vez por semana
<input type="checkbox"/> La mayoría de los días
<input type="checkbox"/> Cada día

7. Hago actividades de música y movimiento con mis hijos. \*

<input type="checkbox"/> Menos de semanal
<input type="checkbox"/> Al menos una vez por semana
<input type="checkbox"/> La mayoría de los días
<input type="checkbox"/> Cada día

8. Califique su nivel de acuerdo con las siguientes afirmaciones\*:

a. Mi hijo describe las imágenes de los libros usando palabras y oraciones.

<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo
<input type="checkbox"/> Estoy de acuerdo
<input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo
<input type="checkbox"/> No estoy de acuerdo
<input type="checkbox"/> Totalmente no estoy de acuerdo

b. Mi hijo expresa apropiadamente fuertes sentimientos positivos o negativos.

<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo
<input type="checkbox"/> Estoy de acuerdo
<input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo
<input type="checkbox"/> No estoy de acuerdo
<input type="checkbox"/> Totalmente no estoy de acuerdo

c. Mi hijo coopera y sigue instrucciones cuando se le pide.

<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo
<input type="checkbox"/> Estoy de acuerdo
<input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo
<input type="checkbox"/> No estoy de acuerdo
<input type="checkbox"/> Totalmente no estoy de acuerdo

9. ¿Cuántas horas al día pasa su hijo(a) mirando una pantalla (incluyendo TV, videojuegos, computadora, pantalla del teléfono, etc.)? \*

<input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Menos de dos horas
<input type="checkbox"/> De dos a cuatro horas
<input type="checkbox"/> Más de cuatro horas