



## Instituto de Psicología Neuro-fisiológica

### CUESTIONARIO PARA NIÑOS

Nombre del niño/a ..... Fecha de nacimiento.....

Dirección .....

.....Padre/Madre/Tutor.....

Tfno..... Móvil..... Email .....

¿Ha sido diagnosticado en algún momento de por ejemplo dislexia, dispraxia, TDAH, TDA?  
En caso afirmativo por favor, especifique:

.....  
.....

¿Esta su hijo actualmente tomando alguna medicación prescrita? Por favor, especifique:

.....

¿Que intervenciones, o investigaciones ha recibido su hijo en el pasado?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

# The INPP Screening Questionnaire

Devised by Blythe and McGlown. © 1979, 1998. Amended Godddard Blythe 2006.

## Parte 1 - Neurológico

### Historial de la Infancia

¿Cuáles son los síntomas presentes?

.....  
.....

### Preguntas numeradas:

Por favor marque si corresponde

1. ¿Existe un histórico de dificultades de aprendizaje en los padres o sus familias? .....

2. ¿Ha sido el hijo/a concebido/a a través de fecundación in Vitro? .....

3. ¿Cuando estaba la madre embarazada, tuvo algún problema médico? .....

Por ejemplo: Presión sanguínea alta, vómitos excesivos, riesgo de aborto, infecciones víricas severas, estrés emocional severo, por favor especifique:

.....

a. ¿Fumó usted durante el embarazo? .....

b. ¿Bebió usted alcohol durante el embarazo? .....

c. ¿Tuvo usted una infección vírica importante durante las 13 primeras semanas de embarazo? .....

d. ¿Estuvo usted sometida a severo estrés emocional entre las semanas 25 a 27 del embarazo? .....

4. ¿Nació su hijo/a aproximadamente a término, prematuramente o más tarde? .....

Por favor dé detalles .....

5. ¿Fue el proceso del nacimiento difícil en algún sentido? .....

En caso afirmativo por favor de detalles.....

6. ¿Cuando su hijo/a nació era pequeño o grande? .....

Por favor indique el peso si no conoce: .....

7. ¿Cuando nació hubo en el/ella algo inusual?

Por ejemplo: cráneo deformado, fuertes hematomas, violáceo, ictericia, cubierto de membranas de tipo cálcico, o requirió de cuidados intensivos.

En caso afirmativo por favor dé detalles .....

.....

8. En las trece primeras semanas de vida del bebé,  
 ¿Tuvo dificultades para mamar, tragar, ser alimentado o cólicos? .....
- a) ¿Fue el bebé amamantado? .....
- b) ¿Durante cuanto tiempo fue amamantado? .....
9. En los seis primeros meses de la vida del bebe, ¿Era un niño que se quedaba  
 muy quieto, como en muerte súbita? .....
10. Entre los 6 y los 18 meses, ¿Era el bebé muya activo y demandante, requiriendo  
 muy poco sueño, acompañado de llanto continuo? .....
11. Cuando el niño/a fue lo suficientemente mayor para sentarse en la cuna  
 y levantarse en el parque, ¿Mantuvo una conducta de mecerse de forma brusca,  
 tan violenta que la cuna o el parquet se movía de sitio? .....
12. ¿Se chocaba la cabeza deliberadamente contra objetos sólidos? .....
13. ¿Anduvo su hijo a edad temprana ( antes de los 10 meses) o tardía  
 (después de los 16 meses)? .....
14. ¿Paso por la etapa de desarrollo motriz en la que reptó sobre la tripa? .....
15. ¿Pasó por la etapa de desarrollo motriz de gatear sobre rodillas y manos? .....
- ¿o fue gateo sobre con el culo o simplemente un día se levantó y anduvo?
16. ¿Fue lento en aprender a hablar? (frases de 2 palabras a los 2 años) .....
17. En los primeros 18 meses de vida, sufrió el niño enfermedades  
 que implicaran fiebres altas y/o convulsiones?  
 En caso afirmativo, por favor, dar detalles: .....
- .....
18. ¿Hubo señales de eczema o asma? Si/No
- a) ¿Hubo otras señales de respuestas alérgicas? Si/No
19. ¿Hubo alguna reacción a las vacunas infantiles? Si/No
20. ¿Tuvo su hijo dificultades aprendiendo a vestirse,  
 especialmente después de una enfermedad? .....
21. ¿Se chupó el dedo hasta los 5 años o más?  
 En caso afirmativo, qué dedo Dcho/Izqdo
22. ¿Ha mojado la cama, aunque ocasionalmente, después de los 5 años? .....
23. ¿Sufre su hijo/a de mareos cuando viaja? .....

## ESCOLARIDAD

24. Cuando su hijo/a fue por primera vez a un centro educativo formal, en los primeros dos años de escolarización.¿Tuvo algún problema aprendiendo a leer? .....
25. En los dos primeros años de escolarización formal,  
¿Tuvo algún problema aprendiendo a escribir? .....
- ¿Tuvo algún problema al unir las letras en la escritura cursiva? .....
26. ¿Tuvo dificultades para decir la hora en un reloj analógico en contraste con uno digital? .....
27. ¿Tuvo dificultades para aprender a montar en bicicleta con dos ruedas? .....
28. Fue un niño con debilidad en los oídos, garganta y nariz,  
por ejemplo: padeció numerosas infecciones de oído,  
de vías respiratorias o de tipo sinusítico .....
29. ¿Tuvo dificultades en atrapar la pelota, es decir,  
problemas de coordinación mano-ojo? .....
30. ¿Es su hijo del tipo que no puede sentarse quieto, como si tuviera hormigas en los pantalones y los profesores le llaman continuamente la atención? .....
31. ¿Comete su hijo numerosos errores al copiar de un libro? .....
32. Cuando su hijo esta escribiendo algo de creación propia,  
¿invierte ocasionalmente letras, u omite letras o palabras? .....
33. Si hay un ruido o movimiento, repentino e inesperado,  
¿Observa una reacción exagerada en su hijo/a? .....

Por favor añada cualquier información que considere necesaria:

## Parte 2 Nutrición (Sheil)

¿Ha sufrido su hijo/a de algunas de los siguientes estados en intervalos regulares?

### 1. Problemas gastrointestinales

Por favor marque  
si corresponde

Cólicos .....  
Dolor de tripa o gases .....  
Patrones inusuales de deposición .....  
Estreñimiento recurrente .....  
Diarrea .....

### 2. Problemas de piel

Eczema .....  
Zonas ásperas en cara y brazos .....  
Piel rugosa en antebrazos o muslos (pequeños bultos) .....  
Dermatitis .....

Cualquier otra cosa, por favor especifique:

### 3. Problemas de oído, nariz y garganta

Úlceras bucales .....  
Halitosis .....  
Amigdalitis .....  
Dolor de oídos .....  
Sinusitis .....  
Moqueo acuoso constante .....  
Roncar .....  
Respiración por la boca .....  
Fiebre del heno .....

### 4. Asma

Inducido por:  
Ejercicio .....  
Infección .....  
Polvo .....  
Moho .....  
Animales .....  
Alimentos .....

Cualquier otra cosa, por favor especifique

5. ¿Tiene su hijo sed excesiva? .....

¿Empeoran los síntomas si el o ella pasa un intervalo mayor de 2-3 horas sin comer? .....

¿Hay alimentos concretos que empeoren su comportamiento? .....

En caso afirmativo, por favor especifique

### Parte 3 Auditivo (Madaule)

#### Historial de desarrollo

Por favor marque  
si corresponde

1. ¿Hubo algún retraso en el desarrollo motriz? .....
2. ¿Hubo algún retraso en el desarrollo del lenguaje? .....
3. ¿Sufrió su hijo de infecciones de oídos recurrentes? .....
4. ¿Han sido estudiadas específicamente las dificultades auditivas de su hijo? .....

#### Escucha receptiva

Esto es la escucha dirigida hacia afuera. Esta nos mantiene en contacto con el mundo que nos rodea.  
¿Se puede decir que algunas de las siguientes circunstancias se dan en su hijo/a?

1. Periodos de atención cortos .....
2. Se distrae fácilmente .....
3. Hipersensible a los sonidos .....
4. Mala interpretación de las preguntas .....
5. Confusión en palabras que suenan parecido, necesidad frecuente de repetición .....
6. Incapacidad de seguir una secuencia de instrucciones .....

#### Nivel de energía

El oído funciona como una dinamo, proveyéndonos de la energía que necesitamos para sobrevivir y llevar a cabo vidas plenas.

1. Cansancio al final del día .....
2. Hiperactividad .....
3. Tendencia a la depresión .....

#### Escucha expresiva

Esta es la escucha que se dirige hacia dentro. La utilizamos para controlar nuestra voz cuando hablamos y cantamos.

1. Voz monótona y plana .....
2. Habla dubitativa .....
3. Vocabulario pobre .....
4. Pobre estructura de las frases .....
5. Incapacidad de cantar afinado .....
6. Confusión o inversión de letras .....
7. Comprensión lectora pobre .....
8. Lectura en voz alta pobre .....
9. Abundantes errores ortográficos .....

#### Comportamiento y adaptación social.

Una dificultad auditiva esta a menudo relacionada con:

1. Baja tolerancia a la frustración .....
2. Pobre autoimagen .....
3. Dificultad haciendo amistades .....
4. Tendencia a retirarse, evitar a los otros .....
5. Baja motivación, falta de interés por el trabajo escolar .....
6. Falta de madurez .....
7. Irritabilidad .....
8. Timidez .....