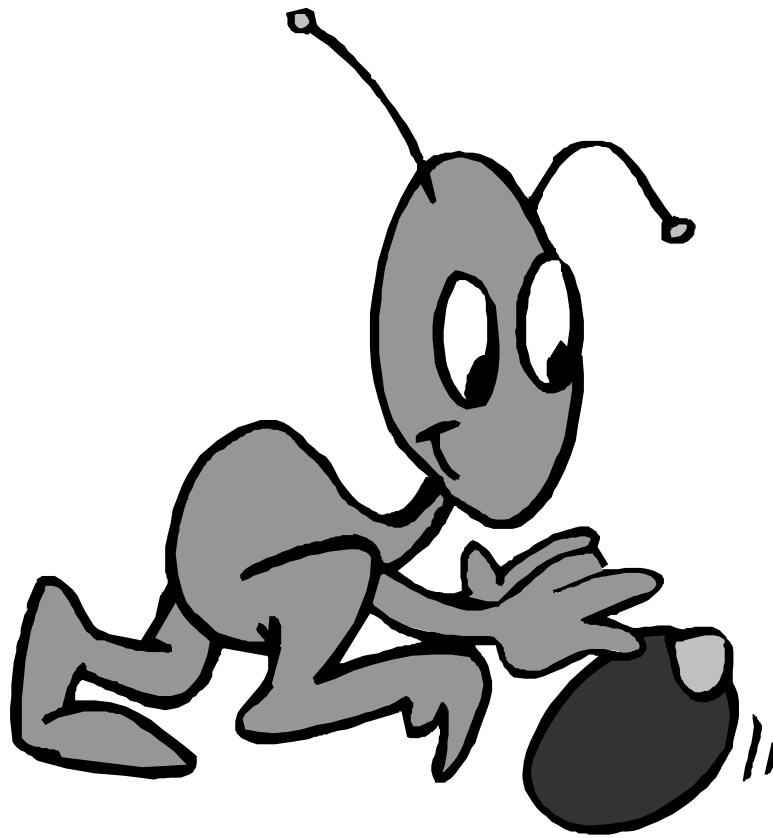


# Cuestionario para niños

Kiddy-KINDL<sup>®</sup>



Hola:

Nos gustaría saber cómo estás. Para ello hemos preparado algunas preguntas y te pedimos que las contestes.

- ⇒ yo te voy a leer cada una de las preguntas,
- ⇒ piensa cómo te ha ido durante la semana pasada,
- ⇒ pon una cruz en la respuesta que creas mejor para ti.

No hay respuestas buenas o malas. Lo que nos importa es tu opinión.

Cuestionario rellenado el:

\_\_\_\_\_

Día/Mes/Año

SITIO  
PARA PEGATINA O  
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN

**Por favor, cuéntanos primero algo sobre ti.**

¿Eres	<input type="checkbox"/> una niña o	<input type="checkbox"/> un niño?
¿Cuántos años tienes?	___ años	
¿Cuántos hermanos tienes?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> sobre 5
¿Vas a la guardería o al preescolar?	<input type="checkbox"/> Guardería	<input type="checkbox"/> preescolar <input type="checkbox"/> Ninguno de los dos

Ahora te voy a leer un ejemplo:

Si oyes la frase: "Durante la semana pasada he tenido ganas de comer helado "

¿Te ha pasado a ti? ¿cuántas veces has tenido ganas de comer helado?

Hay 3 posibles respuestas: **nunca, alguna vez y muchas veces.**

Entonces: ¿Qué dirías tú?

Dirías: Durante la semana pasada ...

**nunca he tenido ganas de comer helado**

**alguna vez he tenido ganas de comer helado**

**he tenido ganas de comer helado muchas veces**

***Respuesta del niño/a! Si se tiene la impresión de que el niño/a ha entendido el esquema de respuesta puedes empezar con la primera pregunta, sino se repite el ejemplo.***

Lo has hecho muy bien. Ahora empezamos.

**1. Primero queremos saber algo sobre tu cuerpo, ...**

<i>Durante la semana pasada ...</i>	nunca	alguna vez	muchas veces
1. ... me he sentido enfermo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... he tenido dolor de cabeza o dolor de estomago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2. ... ahora algo sobre cómo te sientes...**

<i>Durante la semana pasada ...</i>	nunca	alguna vez	muchas veces
1. ... me he reído y divertido mucho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... me he aburrido mucho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3. ... y lo que piensas de tí mismo/a.

<i>Durante la semana pasada ...</i>	nunca	alguna vez	muchas veces
1. ... me he sentido orgulloso/a de mí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... me he sentido bien conmigo mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 4. Las siguientes preguntas son sobre tu familia...

<i>Durante la semana pasada ...</i>	nunca	alguna vez	muchas veces
1. ... me he llevado bien con mis padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... me he sentido a gusto en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 5. ... y ahora sobre tus amigos.

<i>Durante la semana pasada ...</i>	nunca	alguna vez	muchas veces
1. ... he jugado con amigos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... me he llevado bien con mis amigos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 6. Ahora nos gustaría saber algo sobre la escuela o guardería

<i>La semana pasada donde estuve en el preescolar o guardería,..</i>	nunca	alguna vez	muchas veces
1. ... he podido hacer bien las tareas en la guardería/el colegio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... me lo he pasado bien en la guardería/el colegio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 7. ¿Estás en el hospital o hace mucho tiempo que estás enfermo?

**Si**

contesta, por favor, las 6 preguntas siguientes

**No**

entonces ya has terminado

<i>Durante la semana pasada ...</i>	nunca	alguna vez	muchas veces
1. ... tendría miedo que mi enfermedad podría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... me he encontrado triste debido a mi enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... me las he arreglado bien con mi enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... mis padres me han tratado como a un niño pequeño por culpa de mi enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... no he querido que nadie se diera cuenta de mi enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... me he perdido actividades en el colegio por culpa de mi enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**¡MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!**