ASQ-3 Ages & Stages Questionnaires®

11 meses 0 días a 12 meses 30 días

Cuestionario de 12 meses



Favor de proveer los siguientes datos. Al completar este formulario, use solamente una pluma de tinta negra o azul y escriba legiblemente con letra de molde.

Fecha en que se completó el cuestionario:

D D M M A A A A

Información del bebé

Nombre del bebé:

Inicial de su segundo nombre:

Apellido(s) del bebé:

Fecha de nacimiento del bebé:

D D M M A A A A

Para bebés prematuros, si el parto ocurrió 3 semanas o más antes de la fecha proyectada, # de semanas que se adelantó:

Sexo del bebé:

◯ Masculino ◯ Femenino

Información de la persona que está llenando este cuestionario

Nombre:

Inicial de su segundo nombre:

Apellido(s):

Dirección:

Parentesco con el bebé:

◯ Padre/madre ◯ Tutor ◯ Maestro/a ◯ Educador/a o asistente de preescolar

◯ Abuelo/a u otro pariente ◯ Madre/padre de acogida ◯ Otro/a:

Ciudad:

Estado/Provincia:

Código postal:

País:

de teléfono de casa:

Otro # de teléfono:

Su dirección electrónica:

Los nombres de las personas que le están ayudando a llenar este cuestionario:

INFORMACION DEL PROGRAMA

de identificación del bebé:

Edad al realizar la evaluación ASQ, en meses y días:

M M D D

de identificación del programa:

Si es bebé prematuro/a, edad ajustada, en meses y días:

M M D D

Nombre del programa:

E102120100

Ages & Stages Questionnaires® in Spanish, Third Edition (ASQ-3™ Spanish), Squires & Bricker
© 2009 Paul H. Brookes Publishing Co. All rights reserved. Todos los derechos reservados.

ASQ-3™

Cuestionario de 12 meses

11 meses 0 días a 12 meses 30 días

En las siguientes páginas Ud. encontrará una serie de preguntas sobre diferentes actividades que generalmente hacen los bebés. Puede ser que su bebé ya pueda hacer algunas de estas actividades, y que todavía no haya realizado otras. Después de leer cada pregunta, por favor marque la respuesta que indique si su bebé hace la actividad regularmente, a veces, o todavía no.

Puntos que hay que recordar:

- ☑ Asegúrese de intentar cada actividad con su bebé antes de contestar las preguntas.
- ☑ Complete el cuestionario haciendo las actividades con su bebé como si fueran un juego divertido.
- ☑ Asegúrese de que su bebé haya descansado y comido.
- ☑ Por favor, devuelva este cuestionario antes de esta fecha: _____.

Notas:

_____

_____

_____

_____

_____

COMUNICACION

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. ¿Puede hacer dos sonidos similares como "ba-ba", "da-da", o "ga-ga"? *(No es necesario que los sonidos tengan significado.)*	◯	◯	◯	____
2. Cuando Ud. se lo pide, ¿puede su bebé jugar a algún juego infantil sin que Ud. se lo demuestre primero (por ejemplo, decir adiós, esconderse tapándose los ojos, aplaudir, o indicar que tan grande es algo)?	◯	◯	◯	____
3. ¿Sigue su bebé instrucciones sencillas, como por ejemplo, "ven acá", dámelo", o devuélvelo" ***sin*** que Ud. le haga gestos para que entienda lo que le está pidiendo?	◯	◯	◯	____
4. ¿Dice su bebé tres palabras como "mamá", "dada", y "baba"? *(Una "palabra" se define como un sonido o un grupo de sonidos que siempre repite su bebé al referirse a alguien o a alguna cosa concreta.)*	◯	◯	◯	____
5. Al preguntarle, ¿dónde está la pelota (el gorro, el zapato, etc.)?, ¿su bebé mira el objeto? *(Asegúrese de que el objeto esté presente. Marque "sí" en esta pregunta si reconoce por lo menos un objeto.)*	◯	◯	◯	____
6. Cuando su bebé quiere algo, ¿lo ***señala con el dedo*** para comunicárselo a Ud.?	◯	◯	◯	____

TOTAL EN COMUNICACION ____

MOTORA GRUESA

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. Al estar agarrado a un mueble, ¿puede su bebé agacharse para recoger un juguete del suelo y después volver a ponerse de pie? 	◯	◯	◯	____
2. Al estar agarrada a un mueble, ¿puede su bebé agacharse, manteniendo el control (sin caerse al suelo)?	◯	◯	◯	____

E102120200

Ages & Stages Questionnaires® in Spanish, Third Edition (ASQ-3™ Spanish), Squires & Bricker
© 2009 Paul H. Brookes Publishing Co. All rights reserved. Todos los derechos reservados.

MOTORA GRUESA *(continuación)*

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
3. ¿Camina por la casa su bebé, agarrándose a los muebles con una sola mano?	○	○	○	___
4. Si Ud. le agarra ambas manos para ayudarle a mantener el equilibrio, ¿su bebé da unos pasitos hacia adelante sin tropezar o caerse? *(Si su bebé ya puede caminar solo, marque "si" en esta pregunta.)* 	○	○	○	___
5. Cuando Ud. le toma *una* mano para que no se caiga, ¿puede su bebé dar unos pasitos hacia adelante? *(Si su bebé ya camina sola, marque "sí" en esta pregunta.)* 	○	○	○	___
6. ¿Su bebé puede ponerse de pie y dar algunos pasitos hacia adelante sin ninguna ayuda o soporte?	○	○	○	___

TOTAL EN MOTORA GRUESA ___

MOTORA FINA

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. Después de intentarlo una o dos veces, ¿puede agarrar su bebé un segmento de cuerda con los dedos índice y pulgar? *(La cuerda puede estar atada a un juguete.)* 	○	○	○	___
2. ¿Puede agarrar una migaja de pan o un Cheerio (cereal de desayuno) con *las yemas* de los dedos (índice y pulgar)? Puede apoyar el brazo o la mano en la mesa mientras que lo hace. 	○	○	○	___
3. ¿Puede poner un juguete pequeño en la mesa (en el sofá o en el suelo), sin dejarlo caer, y después levantar la mano de encima del juguete?	○	○	○	___
4. Sin apoyar la mano o el brazo en la mesa, ¿puede agarrar una migaja de pan o un Cheerio (cereal de desayuno) con *las yemas* de los dedos (índice y pulgar)?* 	○	○	○	___ *
5. ¿Puede lanzar su bebé una pelota pequeña, moviendo el brazo hacia adelante por encima del hombro? *(Si simplemente la deja caer, marque "todavía no" en esta pregunta.)* 	○	○	○	___

Ages & Stages Questionnaires® in Spanish, Third Edition (ASQ-3™ Spanish), Squires & Bricker
© 2009 Paul H. Brookes Publishing Co. All rights reserved. Todos los derechos reservados.

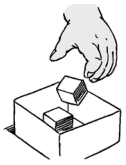
MOTORA FINA *(continuación)*

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
6. ¿Su bebé le ayuda a Ud. a darle la vuelta a las hojas de un libro? *(Ud. puede darle la página para que ella la agarre.)*	◯	◯	◯	____

TOTAL EN MOTORA FINA ____

**Si marcó "sí" o "a veces" en la pregunta 4, marque "sí" en la pregunta 2.*

RESOLUCION DE PROBLEMAS

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. Al tener un juguete pequeño en cada mano, ¿su bebé intenta golpearlos uno con otro (como cuando se aplaude)?	◯	◯	◯	____
2. ¿Su bebé agarra o usa el dedo índice para tocar un Cheerio (cereal de desayuno) o una migaja de pan que está dentro de una botella transparente (por ejemplo una botella de refresco o un biberón)?	◯	◯	◯	____
3. Después de verle a Ud. esconder un juguete pequeño debajo de una hoja de papel o de un trozo de tela, ¿puede su bebé encontrarlo? *(Asegúrese de que el juguete esté completamente escondido.)*	◯	◯	◯	____
4. Si Ud. pone un juguete en un tazón o en una caja, ¿su bebé lo/la imita queriendo meter un juguete también, aunque pueda ser que no lo suelte? *(Si ya suelta el juguete en el tazón o en la caja, marque "sí" en esta pregunta.)*	◯	◯	◯	____
5. ¿Su bebé pone dos juguetes, uno tras otro, en un recipiente como una caja o un tazón grande? *(Puede enseñarle cómo se hace.)** 	◯	◯	◯	____ *
6. Si Ud. traza rayones o garabatos en un papel con una crayola (o con un lápiz o una pluma), ¿hace su bebé lo mismo, imitándole a Ud.? *(Si ya sabe trazar solo, marque "sí" en esta pregunta.)*	◯	◯	◯	____

TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS ____

**Si marcó "sí" o "a veces" en la pregunta 5, marque "sí" en la pregunta 4.*

SOCIO-INDIVIDUAL

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. Al extenderle la mano y pedirle su juguete, ¿su bebé se lo ofrece aunque no lo suelte? *(Si ya suelta el juguete para dárselo, marque "sí" en esta pregunta.)*	◯	◯	◯	____
2. Cuando Ud. viste a su bebé, ¿puede él meter el brazo por la manga de la camisa una vez que Ud. le haya metido la mano en la bocamanga?	◯	◯	◯	____
3. Cuando Ud. le extiende la mano para pedirle un juguete, ¿su bebé lo suelta para que Ud. lo tome?	◯	◯	◯	____
4. Al vestir a su bebé, ¿levanta ella el pie cuando Ud. le va a poner el zapato, el calcetín, o el pantalón?	◯	◯	◯	____

Ages & Stages Questionnaires® in Spanish, Third Edition (ASQ-3™ Spanish), Squires & Bricker
© 2009 Paul H. Brookes Publishing Co. All rights reserved. Todos los derechos reservados.

SOCIO-INDIVIDUAL *(continuación)*

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
5. Al jugar a la pelota con su bebé, ¿su bebé la tira o la hace rodar para que Ud. se la devuelva?	◯	◯	◯	___
6. ¿Juega su bebé con una muñeca o con un muñeco de peluche, abrazándolo?	◯	◯	◯	___

TOTAL EN SOCIO-INDIVIDUAL ___

OBSERVACIONES GENERALES

Los padres y proveedores pueden utilizar el espacio después de cada pregunta para hacer comentarios adicionales.

1. ¿Usa su bebé ambas manos y ambas piernas igualmente bien? Si contesta "no", explique: ◯ SI ◯ NO

2. ¿Experimenta su bebé con sonidos, o parece formar nuevas palabras? Si contesta "no", explique: ◯ SI ◯ NO

3. Cuando está de pie, ¿pone su bebé los pies completamente planos sobre el suelo la mayoría de las veces? Si contesta "no", explique: ◯ SI ◯ NO

4. ¿Le preocupa que su bebé sea muy callado/a o que no haga sonidos como otros bebés? Si contesta "sí", explique: ◯ SI ◯ NO

Ages & Stages Questionnaires® in Spanish, Third Edition (ASQ-3™ Spanish), Squires & Bricker
© 2009 Paul H. Brookes Publishing Co. All rights reserved. Todos los derechos reservados.

OBSERVACIONES GENERALES *(continuación)*

5. ¿Tiene algún familiar con historia de sordera o cualquier otro impedimento auditivo? Si contesta "sí", explique: ◯ SI ◯ NO

6. ¿Tiene Ud. alguna preocupación sobre la visión de su bebé? Si contesta "sí", explique: ◯ SI ◯ NO

7. ¿Ha tenido su bebé algún problema de salud en los últimos meses? Si contesta "sí", explique: ◯ SI ◯ NO

8. ¿Tiene alguna preocupación sobre el comportamiento de su bebé? Si contesta "sí", explique: ◯ SI ◯ NO

9. ¿Le preocupa algún aspecto del desarrollo de su bebé? Si contesta "sí", explique: ◯ SI ◯ NO

Ages & Stages Questionnaires® in Spanish, Third Edition (ASQ-3™ Spanish), Squires & Bricker
© 2009 Paul H. Brookes Publishing Co. All rights reserved. Todos los derechos reservados.

WAKE COUNTY NORTH CAROLINA Human Services

PEDIATRIC RISK SCREEN FOR TUBERCULOSIS

Nombre: _____ **MR#:** _____

Fecha de hoy: _____

Favor de contestar las siguientes preguntas marcando si o no. Estas preguntas se refieren al niño (a) que va a ver el médico hoy.

Marque su respuesta

SI NO 1. ¿Su niño(a) ha estado en contacto con alguna persona que tenga la infección de tuberculosis?

SI NO 2. ¿Su niño(a) nacido en alguno de los siguientes lugares: México, Centro América, Sur América, el Caribe, el Oriente Asiático, la África, las Islas Pacíficas o Europa Oriental?
Cuál país: _____

SI NO 3. ¿El niño(a) ha tenido alguno de los siguientes problemas médicos: VIH/SIDA, un transplante de la médula o de algún órgano, está tomando alguna medicina que suprime el sistema inmune, tiene cáncer o fallo renal?

SI NO 4. ¿El niño(a) vive con o comparte por periodos de tiempo con alguna persona que tiene VIH/SIDA, usa drogas ilegales, vive sin hogar, está en la cárcel, o vive en una casa par ancianos?

SI NO 5. ¿El niño(a) se ha quedado por más de un mes en México, Centro América, Sur América, el Caribe, el Oriente Asiático, la África, las Islas Pacíficas o Europa Oriental en los últimos 12 meses?