ASQ-3 Ages & Stages Questionnaires®

23 meses 0 días a 25 meses 15 días

Cuestionario de 24 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 niño/a

Nombre del niño/a:

Inicial de su segundo nombre:

Apellido(s) del niño/a:

Fecha de nacimiento del niño/a:

D D M M A A A A

Sexo del niño/a:

◯ Masculino ◯ Femenino

Información de la persona que está llenando este cuestionario

Nombre:

Inicial de su segundo nombre:

Apellido(s):

Dirección:

Parentesco con el niño/a:

◯ 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 niño/a:

de identificación del programa:

Nombre del programa:

E102240100

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.

Cuestionario de 24 meses

23 meses 0 días a 25 meses 15 días

En las siguientes páginas Ud. encontrará una serie de preguntas sobre diferentes actividades que generalmente hacen los niños. Puede ser que su niño/a 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 niño/a hace la actividad regularmente, a veces, o todavía no.

Puntos que hay que recordar:

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

Notas:

_____

_____

_____

_____

_____

A esta edad, muchos niños no cooperan cuando se les pide hacer cosas. Quizás Ud. tenga que intentar hacer las actividades más de una vez con su niño/a. Si es posible, intente hacer las actividades cuando su niño/a tenga buena disposición. Si su niño/a puede hacer la actividad, pero se niega a hacerla, marque "sí" en la pregunta.

COMUNICACION

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. Sin enseñarle primero, ¿puede *señalar con el dedo* el dibujo correcto cuando Ud. le dice, "Enséñame dónde está el gatito", o le pregunta, "¿Dónde está el perro?" *(Solamente tiene que identificar un dibujo correctamente.)*	◯	◯	◯	____
2. ¿Imita su niña una oración de dos palabras? Por ejemplo, cuando Ud. dice "Mamá juega", "Papá come", o "¿Qué es?", repite ella la misma frase? *(Marque "sí" aun si sus palabras sean difíciles de entender.)*	◯	◯	◯	____
3. Sin darle pistas señalándole o usando gestos, ¿puede su niño seguir al menos *tres* de las siguientes instrucciones?	◯	◯	◯	____

◯ a. "Pon el juguete en la mesa".

◯ b. "Cierra la puerta".

◯ c. "Tráeme una toalla".

◯ d. "Busca tu abrigo".

◯ e. "Dame la mano".

◯ f. "Agarra tu libro".

4. Si Ud. señala un dibujo de una pelota (gatito, vaso, gorro, etc.) y le pregunta a su niña "¿qué es?", ¿puede *identificar y nombrar* al menos un dibujo?	◯	◯	◯	____
5. ¿Puede decir dos o tres palabras juntas que representen ideas diferentes, como: "Veo perro", "Mamá llega casa", o "¿Se fue gatito"? *(No cuente las combinaciones de palabras que expresen una sóla idea como "se acabó", "está bien", y "¿qué es?")* Escriba un ejemplo de una combinación de palabras que dice su niño:	◯	◯	◯	____

E102240200

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.

COMUNICACION *(continuación)*

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
6. ¿Puede usar correctamente al menos dos palabras como "mi", "yo", "mía", o "tú"?	○	○	○	___

TOTAL EN COMUNICACION ___

MOTORA GRUESA

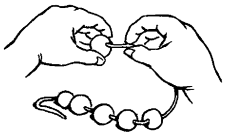
	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. ¿Su niño puede bajar las escaleras si usted lo lleva de la mano? Puede agarrarse de la pared o de la barandilla también. *(Ud. puede hacer esta observación en la tienda, en el parque, o en casa.)*	○	○	○	___
2. Al enseñarle cómo se da una patada a un balón, ¿intenta su niño dar la patada moviendo la pierna hacia adelante o caminando hasta tocar el balón? *(Si ya sabe dar una patada al balón, marque "sí" en esta pregunta.)* 	○	○	○	___
3. ¿Su niño sube o baja al menos dos escalones sin ayuda? Puede agarrarse de la pared o de la barandilla. 	○	○	○	___
4. ¿Su niña corre bien y sabe detenerse sin chocar con las cosas o caerse? 	○	○	○	___
5. ¿Puede saltar su niño, levantando ambos pies del suelo a la vez? 	○	○	○	___
6. Sin apoyarse en ningún objeto, ¿sabe su niño dar una patada a un balón moviendo la pierna hacia atrás y luego hacia adelante?* 	○	○	○	___ *

TOTAL EN MOTORA GRUESA ___

**Si marcó "sí" o "a veces" en la pregunta 6, marque "sí" en la pregunta 2.*

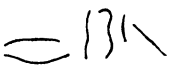
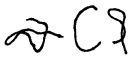
Ages & Stages Questionnaires® in Spanish, Third Edition (ASQ-3™ Spanish), Squires & Bricker
© 2009 Paul H. Brookes Publishing Co. All rights reserved. Todos los derechos reservados.

MOTORA FINA

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. Normalmente, ¿puede su niño meterse la cuchara en la boca sin que se le caiga la comida?	◯	◯	◯	___
2. ¿Sabe darle la vuelta a las hojas de un libro sin ayuda? *(Tal vez pase más de una hoja a la vez.)*	◯	◯	◯	___
3. ¿Rota (gira) la mano su niña al intentar abrir una puerta, darle cuerda a un juguete, jugar con un trompo, o poner y quitar una tapa de un frasco?	◯	◯	◯	___
4. ¿Su niño prende y apaga interruptores (como el de la luz)?	◯	◯	◯	___
5. ¿Puede su niña poner siete cubitos o juguetes uno sobre otro sin ayuda? *(También puede usar carretes de hilo, cajitas, o juguetes que midan aproximadamente 1 pulgada, o 3 centímetros.)*	◯	◯	◯	___
6. ¿Sabe meter un cordón (o agujeta) por el agujero de objetos pequeños como cuentas de madera, sopa de macarrones o de rueditas, o por los agujeros de los zapatos? 	◯	◯	◯	___

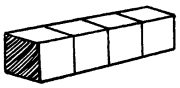
TOTAL EN MOTORA FINA ___

RESOLUCION DE PROBLEMAS

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. Después de observarlo/la a Ud. dibujar una línea de arriba a abajo usando una crayola (o pluma o lápiz), ¿su niño intenta dibujar una línea recta en ***cualquier dirección*** en la hoja de papel? *(Marque "todavía no" si su niño hace rayas o garabatos de un lado para otro.)* Marque "sí"  Marque "todavía no" 	◯	◯	◯	___
2. Después de dejar caer una migaja o un Cheerio (cereal de desayuno) en una pequeña botella transparente, ¿pone la botella al revés para sacarlo? *(No le muestre cómo hacerlo.) (Puede usar una botella de refresco o un biberón.)*	◯	◯	◯	___
3. ¿Su niña juega con objetos imaginándose que son otras cosas? Por ejemplo, ¿se pone un vaso junto a la oreja jugando como si fuera un teléfono? ¿Se pone una caja en la cabeza como si fuera un gorro? ¿Usa un cubito u otro juguete pequeño para revolver la comida?	◯	◯	◯	___
4. ¿Guarda su niño las cosas en el sitio apropiado? Por ejemplo, ¿sabe que sus juguetes deben estar en el estante, que su cobija se pone en la cama, y que los platos se ponen en la cocina?	◯	◯	◯	___
5. Si quiere algo que no alcanza, ¿busca su niña una silla o una caja para subirse encima y alcanzarlo (por ejemplo, para agarrar un juguete que está en el mostrador de la cocina o para "ayudarle" en la cocina)?	◯	◯	◯	___

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.

RESOLUCION DE PROBLEMAS *(continuación)*

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
6. Mientras su niño lo/la observa, ponga cuatro objetos, como unos cubos o unos carritos, en línea recta. ¿Lo/la intenta imitar poniendo al menos *cuatro* objetos en línea recta? *(También puede usar carretes de hilo, unas cajitas, u otros juguetes.)* 	◯	◯	◯	___

TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS ___

SOCIO-INDIVIDUAL

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. ¿Sabe su niño beber de un vaso y bajarlo nuevamente sin que se le caiga mucho del contenido?	◯	◯	◯	___
2. ¿Lo/la imita a Ud. su niña, haciendo las mismas actividades que Ud. hace, por ejemplo limpiar algo que se le ha caído, pasar la aspiradora, afeitarse, o peinarse?	◯	◯	◯	___
3. ¿Come con un tenedor?	◯	◯	◯	___
4. Al jugar con un animalito de peluche o con una muñeca, ¿lo mece, le da de comer, le cambia los pañales, lo acuesta, etc.?	◯	◯	◯	___
5. ¿Su niño empuja un carrito con ruedas, un cochecito de bebé, u otro juguete con ruedas, evitando chocar con las cosas y saliéndose en reversa de un rincón si no puede girar?	◯	◯	◯	___
6. ¿Su niña se refiere a sí misma diciendo "yo" más que su propio nombre? Por ejemplo, suele decir "yo lo hago" en lugar de "Susana lo hace".	◯	◯	◯	___

TOTAL EN SOCIO-INDIVIDUAL ___

OBSERVACIONES GENERALES

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

1. ¿Cree Ud. que su niño/a oye bien? Si contesta "no", explique: ◯ SI ◯ NO

2. ¿Cree Ud. que su niño/a habla igual que los otros niños de su edad? Si contesta "no", 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)*

3. ¿Puede Ud. entender casi todo lo que dice su niño/a? Si contesta "no", explique: ◯ SI ◯ NO

4. ¿Cree Ud. que su niño/a camina, corre, y trepa igual que los otros niños de su edad? Si contesta "no", explique: ◯ SI ◯ NO

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 niño/a? Si contesta "sí", explique: ◯ SI ◯ NO

7. ¿Ha tenido su niño/a algún problema de salud en los últimos meses? 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.

Entrevista de Seguimiento al M-CHAT-R/F™ Hoja de Puntuación

Por favor tenga en cuenta: Sí/No han sido sustituidos por Pasa/No Pasa

1. Si usted señala algo al otro lado de la habitación, ¿su hijo/a lo mira? (POR EJEMPLO, Si usted señala a un juguete, un peluche o un animal, ¿su hijo/a lo mira?)	Pasa	No Pasa
2. ¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo/a es sordo/a?	Pasa	No Pasa
3. ¿Su hijo/a juega juegos de fantasía o imaginación? (POR EJEMPLO, "hace como que" bebe de una taza vacía, habla por teléfono o da de comer a una muñeca o peluche,…)	Pasa	No Pasa
4. ¿A su hijo le gusta subirse a cosas? (POR EJEMPLO, a una silla, escaleras, o tobogán,…)	Pasa	No Pasa
5. ¿Hace su hijo/a movimientos inusuales con sus dedos cerca de sus ojos? (POR EJEMPLO, mueve sus dedos cerca de sus ojos de manera inusual)	Pasa	No Pasa
6. ¿Su hijo/a señala con un dedo cuando quiere pedir algo o pedir ayuda? (POR EJEMPLO, señala un juguete o algo de comer que está fuera de su alcance?)	Pasa	No Pasa
7. Su hijo/a señala con un dedo cuando quiere mostrarle algo que le llama la atención? (POR EJEMPLO, señala un avión en el cielo o un camión muy grande en la calle)	Pasa	No Pasa
8. ¿Su hijo/a se interesa en otros niños? (POR EJEMPLO, mira con atención a otros niños, les sonríe o se les acerca?)	Pasa	No Pasa
9. ¿Su hijo/a le muestra cosas acercándolas o levantándolas para que usted las vea – no para pedir ayuda sino solamente para compartirlas con usted? (POR EJEMPLO, le muestra una flor o un peluche o un coche de juguete)	Pasa	No Pasa
10. ¿Su hijo/a responde cuando usted le llama por su nombre? (POR EJEMPLO, se vuelve, habla o balbucea, o deja de hacer lo que estaba haciendo para mirarle?)	Pasa	No Pasa
11. ¿Cuándo usted sonríe a su hijo/a, él o ella también le sonríe?	Pasa	No Pasa
12. ¿Le molestan a su hijo/a ruidos cotidianos? (POR EJEMPLO, la aspiradora o la música, incluso cuando está no está excesivamente alta?)	Pasa	No Pasa
13. ¿Su hijo/a camina solo?	Pasa	No Pasa
14. ¿Su hijo/a le mira a los ojos cuando usted le habla, juega con él o ella, o lo viste?	Pasa	No Pasa
15. ¿Su hijo/a imita sus movimientos? (POR EJEMPLO, decir adiós con la mano, aplaudir o algún ruido gracioso que usted haga?)	Pasa	No Pasa
16. Si usted se gira a ver algo, ¿su hijo/a trata de mirar hacia lo que usted está mirando?	Pasa	No Pasa
17. ¿Su hijo/a intenta que usted le mire/preste atención? (POR EJEMPLO, busca que usted le haga un cumplido, o le dice "mira" ó "mírame")	Pasa	No Pasa
18. ¿Su hijo/a le entiende cuando usted le dice que haga algo? (POR EJEMPLO, si usted no hace gestos, ¿su hijo/a entiende "pon el libro encima de la silla" o "tráeme la manta"?)	Pasa	No Pasa
19. Si algo nuevo pasa, ¿su hijo/a le mira para ver como usted reacciona al respecto? (POR EJEMPLO, si oye un ruido extraño o ve un juguete nuevo, ¿se gira a ver su cara?)	Pasa	No Pasa
20. Le gustan a su hijo/a los juegos de movimiento? (POR EJEMPLO, le gusta que le balancee, o que le haga "el caballito" sentándole en sus rodillas)	Pasa	No Pasa

Puntuación Total _____

© 2009 Diana Robins, Deborah Fein, & Marianne Barton. Traducción y adaptación en España: Grupo Estudio MCHAT España

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?