

Nombre del Niño _____ Edad del Niño _____ Fecha _____

Persona que completa el formulario _____ Relación con el paciente _____

¿Su hijo ha padecido alguna enfermedad, hospitalización o cirugía desde su última visita? (SI) (NO)

Nutrición:	Si	No
¿Su hijo está bebiendo leche entera, con un máximo de 20 onzas por día?	()	()
¿Su hijo ya ha dejado el biberón?	()	()
¿El jugo o las bebidas azucarados están limitadas a 0 o 1 porción por día?	()	()
¿Su hijo come una variedad de frutas/vegetales/leche/carne?	()	()
¿Su hijo toma regularmente un suplemento que contenga vitamina D?	()	()
En promedio, ¿su hijo come comida rápida una o más veces por semana?	()	()

Historial Familiar y Social:	Si	No
¿Existe alguna enfermedad importante en la familia que desconozcamos?	()	()
¿Existe algún factor de estrés importante en la familia (enfermedad, mudanzas, muerte, separación)?	()	()

Factores Preventivos de Salud/Riesgo:	Si	No
¿Cuántas horas de televisión o video tiene su hijo permitidas por día? _____	()	()
¿Su hijo siempre anda en un asiento para coche, en el asiento trasero, mirando hacia atrás?	()	()
¿Usted, alguien que cuida de su hijo, o alguien en su casa fuma?	()	()
¿Disfruta su hijo al menos una hora de juego activo por día?	()	()
¿Su hijo ha tenido contacto cercano con alguna persona que sufra de tuberculosis (TB), o que esté en alto riesgo de tuberculosis (personas provenientes de África, Asia, América Latina, países del Caribe, cárcel, usuario de drogas IV, VIH positivo)?	()	()

Salud Bucal:	Si	No
¿Ya encontró usted un dentista para su hijo?	()	()

Salud Conductual/Mental:	Si	No
¿Su hijo tiene una rutina de sueño regular?	()	()
¿Su hijo duerme bien, sin roncar?	()	()
¿Le preocupa cómo su hijo está aprendiendo, desarrollándose y comportándose?	()	()
¿Está usted interesado/a en inscribir a su hijo en la guardería?	()	()
• En caso afirmativo, ¿necesita ayuda para encontrar un programa adecuado?	()	()



Ages & Stages Questionnaires®

De 15 meses 0 días a 16 meses 30 días



Cuestionario de los **16** meses

Proporcione la siguiente información. Utilice tinta negra o azul solamente y escriba de forma legible al completar este formulario.

Fecha en que se completó el ASQ: _____

Información del Niño

Nombre del niño:	Inicial Segundo Nombre:	Apellido del niño:	Sexo del niño:
Fecha de nacimiento del bebe:	Si el niño nació 3 o más semanas prematuro, indique # semanas prematuro		<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino

Persona que contesta el cuestionario

Nombre:	Inicial Segundo Nombre:	Apellido:	Relación con el bebé:
Dirección:	<input type="radio"/> Abuelo/a u otro pariente	<input type="radio"/> padre/madre de crianza	<input type="radio"/> Padre/madre <input type="radio"/> Tutor legal <input type="radio"/> Maestro <input type="radio"/> Proveedor de Cuidado Infantil <input type="radio"/> Otro
Ciudad:	Estado/ Provincia:	Código Postal:	
País:	Número Telefónico Hogar:	Otro Número Telefónico:	

Correo electrónico: _____

Número de personas que le ayudaron a completar este cuestionario: _____

Información del Programa

No. Identificación del bebé:	Edad de administración en meses y días:
No. Identificación del programa:	Si el bebé fue prematuro ajuste la edad en meses y días:
Nombre del programa:	

P101160100



Cuestionario de los 16 meses

De 15 meses 0 días
a 16 meses 30 días

En las siguientes páginas hay preguntas sobre las actividades que los bebés pueden realizar. Es posible que su bebé ya haya realizado algunas de las actividades descritas aquí, y puede haber algunas que su bebé aún no haya comenzado a hacer. Para cada elemento, marque el círculo que indica si su hijo está realizando la actividad regularmente, a veces, o todavía no.

Puntos Importantes Para Recordar:

Notas:

- Pruebe cada actividad con su hijo antes de marcar una respuesta.
- Haga que completar este cuestionario sea un juego divertido para usted y su hijo.
- Asegúrese de que su hijo esté descansado y haya comido.
- Por favor devuelva este cuestionario antes del _____

COMUNICACIÓN

	SI	A VECES	AÚN NO	
1. ¿Su hijo señala, acaricia o trata de coger las imágenes en un libro?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
2. ¿Su hijo dice cuatro o más palabras además de "Mamá" y "Papá"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
3. Cuando su hijo quiere algo, ¿se lo indica señalándolo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
4. Cuando le pide a su hijo que vaya a otra habitación a buscar un juguete u objeto familiar, ¿él/ella lo hace? <i>(Puede preguntar: "¿Dónde está tu pelota?" O decir: "Trae tu abrigo" o "Ve a buscar tu manta").</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
5. ¿Limita su hijo una oración de dos palabras? Por ejemplo, cuando usted dice una frase de dos palabras, como "Mamá come", "Papá juega", "Ve a casa" o "¿Qué es esto?" ¿Su hijo le responde ambas palabras? <i>(Marque "sí" incluso si sus palabras son difíciles de entender).</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
6. ¿Su hijo dice ocho o más palabras además de "Mamá" y "Papá"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

TOTAL EN COMUNICACIÓN _____

MOTRICIDAD GRUESA

	SI	A VECES	AÚN NO	
1. ¿Su hijo se pone de pie solo en el medio del piso y da varios pasos hacia adelante?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
2. ¿Su hijo se sube a muebles u otros objetos grandes, como grandes bloques de escalada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
3. ¿Su hijo se inclina o se pone en cuclillas para recoger un objeto del piso y luego volver a ponerse de pie sin ningún apoyo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

MOTRICIDAD GRUESA *(Continúa)*

	SI	A VECES	AÚN NO	_____
4. ¿Su hijo se mueve alrededor caminando, en lugar de gatear sobre sus manos y rodillas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
5. ¿Su hijo camina bien y rara vez se cae?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
6. ¿Su hijo se sube a un objeto como una silla para alcanzar lo que quiere (por ejemplo, para poner un juguete en un mostrador o para "ayudarlo" en la cocina)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

TOTAL MOTRICIDAD GRUESA _____

MOTRICIDAD FINA

	SI	A VECES	AÚN NO	_____
1. ¿Su hijo le ayuda a pasar las páginas de un libro? <i>(Usted puede levantar una página para que él/ella la sostenga).</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
2. ¿Su hijo lanza una pelota pequeña con un movimiento de brazo hacia adelante? <i>(Si simplemente deja caer la pelota, marque "aún no" para este punto).</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
3. ¿Su hijo coloca un pequeño bloque o juguete encima de otro? <i>(También puede usar carretes de hilo, cajas pequeñas o juguetes de aproximadamente 1 pulgada de tamaño).</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
4. ¿Su hijo apila tres bloques pequeños o juguetes uno encima del otro por sí mismo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
5. ¿Su hijo dibuja una marca en el papel con la <i>punta</i> de un crayón (o lápiz o bolígrafo) cuando intenta dibujar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
6. ¿Su hijo pasa solo las páginas de un libro? <i>(Puede pasar más de una página a la vez).</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

TOTAL MOTRICIDAD FINA _____

RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

	SI	A VECES	AÚN NO	_____
1. Después que usted garabatea de un lado a otro en un papel con un crayón (o lápiz o bolígrafo), ¿su hijo lo imita garabateando? <i>(Si ya garabatea sola, marque "sí" en este punto).</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
2. ¿Su hijo puede dejar caer una migaja o un Cheerio en una botella pequeña y transparente (como un biberón de plástico o un biberón)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
3. ¿Su niño deja caer varios juguetes pequeños, uno tras otro, en un recipiente como un tazón o caja? <i>(Usted puede mostrarle cómo hacerlo).</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

2. ¿Cree usted que su hijo habla igual que otros niños de su edad? Si no es así, explique:

 SI NO

3. ¿Puede usted entender la mayoría de las cosas que dice su hijo? Si no es así, explique:

 SI NO

4. ¿Cree usted que su hijo camina, corre y trepa igual que otros niños de su edad? Si no es así, explique:

 SI NO

5. ¿Alguno de los padres tiene antecedentes familiares de sordera infantil o discapacidad auditiva? En caso afirmativo, explique:

 SI NO

6. ¿Le preocupa la visión de su hijo? En caso afirmativo, explique:

 SI NO

7. ¿Ha tenido su hijo algún problema médico en los últimos meses? En caso afirmativo, explique:

 SI NO

8. ¿Tiene usted alguna preocupación sobre el comportamiento de su hijo? En caso afirmativo, explique:

SI

NO

9. ¿Le preocupa algo de su hijo? En caso afirmativo, explique:

SI

NO