

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? | () | () |
| ¿Algún miembro de la familia trabaja con plomo (baterías de automóviles, vidrieras, soldaduras de plomo, etc.)? | () | () |
| ¿Vive usted en una casa construida antes de 1978? | () | () |
| ¿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)? | () | () |
| ¿Disfruta su hijo al menos una hora de juego activo por día? | () | () |

| Salud bucal: | Si | No |
|--|-----------|-----------|
| ¿Ya encontró 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, el comienzo temprano o el preescolar? | () | () |
| <ul style="list-style-type: none"> • En caso afirmativo, ¿necesita ayuda para encontrar un programa adecuado? | () | () |



Ages & Stages Questionnaires®

De 23 meses 0 días a 25 meses 25 días



Cuestionario de los 24 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 Bebe

| | | | |
|-------------------------------|---|--------------------|--|
| Nombre del niño: | Inicial Segundo Nombre: | Apellido del niño: | Sexo del niño: |
| Fecha de nacimiento del niño: | 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: | |

P101090100



Cuestionario de los 24 meses

De 23 meses 0 días
a 25 meses 15 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. Sin que usted se lo muestre, ¿señala su hijo la imagen correcta cuando dice: "Muéstrame el gatito" o pregunta: "¿Dónde está el perro?" (<i>Necesita identificar solo una imagen correctamente</i>). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 2. ¿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"/> | _____ |
| 3. Sin darle pistas al señalar o usar gestos, ¿puede su hijo llevar a cabo al menos tres de las siguientes instrucciones? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| <input type="radio"/> a. "Pon el juguete en la mesa." | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| <input type="radio"/> b. "Cierra la puerta." | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| <input type="radio"/> c. "Tráeme una toalla." | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| <input type="radio"/> d. "Busca tu abrigo." | | | | |
| <input type="radio"/> 1. "Toma mi mano." | | | | |
| <input type="radio"/> 2. "Trae tu libro." | | | | |
| 4. Si señala la imagen de una pelota (gatito, copa, sombrero, etc.) y le pregunta a su hijo: "¿Qué es esto?" ¿Su hijo nombra correctamente al menos una imagen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 5. ¿Su hijo dice dos o tres palabras que representan diferentes ideas juntas, como "Ver perro", "Mamá viene a casa" o "Kitty se fue"? (<i>No tome en cuenta las combinaciones de palabras que expresan una idea, como "adiós", "todo desaparecido", "bien" y "¿Qué es eso?"</i>). Dé un ejemplo de las combinaciones de palabras de su hijo: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |

COMUNICACIÓN *Continúa.*

6. ¿Utiliza su hijo correctamente al menos dos palabras como "yo", "mío" y "usted"?

| | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| SI | A VECES | AÚN NO |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

TOTAL EN COMUNICACIÓN _____

MOTRICIDAD GRUESA

1. ¿Su hijo baja las escaleras si usted lo toma de una de las manos? También puede aferrarse a la barandilla o la pared. *(Puede intentar esto en una tienda, en un patio de recreo o en casa).*

| | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| SI | A VECES | AÚN NO |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

2. Cuando le muestra a su hijo cómo patear una pelota grande, ¿trata de patearla moviendo su pierna hacia adelante o caminando hacia ella? *(Si su hijo ya patea una pelota, marque "sí" para este punto).*



| | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

3. ¿Su hijo sube o baja al menos dos escalones? Él/ella puede aferrarse a la barandilla o la pared.



| | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

4. ¿Su hijo corre bien, deteniéndose sin chocar con cosas o caerse?



| | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

5. ¿Su hijo salta levantando ambos pies del piso al mismo tiempo?



| | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

6. Sin aferrarse a nada para sostenerse, ¿su hijo patea una pelota balanceando su pierna hacia adelante?



| | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

TOTAL MOTRICIDAD GRUESA _____

**Si el punto 6 de motora gruesa está marcado como "sí" o "a veces", marque el punto 2 de motora gruesa como "sí."*

MOTRICIDAD FINA

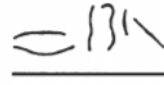
| | SI | A VECES | AÚN NO | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Su hijo se introduce una cuchara en la boca hacia arriba para que la comida no se derrame? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 2. ¿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"/> | _____ |
| 3. ¿Usa su hijo un movimiento de giro con la mano mientras intenta girar los pomos de las puertas, enrollar juguetes, girar tapas o atornillar y cerrar las jarras? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 4. ¿Su hijo apaga y enciende los interruptores? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 5. ¿Su hijo apila siete bloques pequeños o juguetes uno encima del otro solo? <i>(Podría usar carretes de hilo, cajas pequeñas o juguetes que tengan aproximadamente 1 pulgada de tamaño).</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 6. ¿Puede su hijo hilar artículos pequeños como cuentas, macarrones o pasta "ruedas de carreta" en una cuerda o cordones de zapatos? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| | | | | TOTAL MOTRICIDAD FINA _____ |



RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

| | SI | A VECES | AÚN NO | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| 1. Después de verle a usted dibujar una línea desde la parte superior del papel hasta la parte inferior con un crayón (o lápiz o bolígrafo), ¿su hijo le imita dibujando una sola línea en el papel en cualquier dirección? <i>(Marque "todavía no" si su hijo garabatea de un lado a otro)</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 2. Después de dejar caer una migaja o Cheerio en una botella pequeña y transparente, ¿su hijo le da vuelta la botella para sacar la migaja o Cheerio? <i>(No le muestre cómo hacerlo.) (Puede usar una botella de soda o un biberón).</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 3. ¿Su hijo finge que los objetos son algo más? Por ejemplo, ¿sostiene su hijo una taza por la oreja, fingiendo que es un teléfono? ¿Se pone una caja en la cabeza y finge que es un sombrero? ¿Usa un bloque o un juguete pequeño para revolver la comida? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 4. ¿Guarda su hijo las cosas donde pertenecen? Por ejemplo, ¿sabe que sus juguetes pertenecen al estante de juguetes, su manta se comoca en su cama y los platos van a la cocina? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 5. Si su hijo quiere algo que no puede alcanzar, ¿encuentra una silla o una caja para pararse (por ejemplo, para poner un juguete en un mostrador o para "ayudarlo" en la cocina)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |

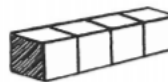
Cuenta como "sí"



Cuenta como "aún no"



6. Mientras su hijo mira, alinee cuatro objetos como bloques o automóviles en una fila. ¿Su hijo le copia o imita y alinea cuatro objetos seguidos? *(También puede usar carretes de hilo, cajas pequeñas u otros juguetes).*



TOTAL RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS _____

PERSONAL-SOCIAL

| | SI | A VECES | AÚN NO | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| 1. ¿Bebe su hijo de una taza o vaso y lo vuelve a dejar con poco derrame? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 2. ¿Copia su hijo las actividades que usted realiza, como limpiar un derrame, barrer, afeitarse o peinarse? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 3. ¿Come su hijo con un tenedor? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 4. Cuando juega con un animal de peluche o una muñeca, ¿su hijo tiende a mecerlo, darle de comer, cambiarle los pañales, acostarlo, etc.? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 5. ¿Su hijo empuja un carro pequeño, una carriola u otro juguete sobre ruedas, lo empuja alrededor de objetos y retrocede por las esquinas si no puede girar? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 6. ¿Su hijo se llama a sí misma "yo" con más frecuencia que su propio nombre? Por ejemplo, "yo lo hago", con más frecuencia que "Juanita lo hace". | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |

TOTAL PERSONAL-SOCIAL _____

GENERALIDADES

Los padres de familia y proveedores pueden utilizar el espacio a continuación para comentarios adicionales

1. ¿Cree usted que su hijo escucha bien? Si no es así, explique: SI NO

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