

Nombre del Bebé _____ Edad del Bebé _____ 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 bebé se está alimentando bien?	()	()
¿Su bebé es amamantado?	()	()
• En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia?__		
¿Su bebé se está alimentado con fórmula para bebé? En caso afirmativo:	()	()
• ¿Cuál fórmula?_____		
• ¿Cuántas onzas cada vez que lo alimenta? _____		
• ¿Con qué frecuencia? _____		
¿Su bebé está empezando a comer alimentos que necesita masticar?	()	()

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?	()	()

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 9 meses 0 días a 9 meses 30 días



Cuestionario de los 9 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 bebé:	Inicial Segundo Nombre:	Apellido del bebé:	Sexo del bebé:
Fecha de nacimiento del bebe:	Si el bebé 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:	



Cuestionario de los 9 meses

De 9 meses 0 días
a 9 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 bebé está realizando la actividad regularmente, a veces, o todavía no.

Puntos Importantes Para Recordar:

Notas:

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

COMUNICACIÓN

	SI	NO	AÚN NO	
1. ¿Su bebé hace sonidos como "da", "ga", "ka" y "ba"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
2. Si usted copia los sonidos que hace su bebé, ¿su bebé le repite los mismos sonidos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
3. ¿Hace su bebé dos sonidos similares como "ba-ba", "da-da" o "ga-ga"? (Los sonidos no deben tener un significado).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
4. Si le pide a su bebé que juegue, ¿él/ella juega al menos un juego de guardería, incluso si usted mismo no le muestra la actividad (como "adiós", "escondidas", "aplaude", "So Big")?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
5. ¿Sigue su bebé una orden simple, como "Ven aquí", "Dámelo" o "Devuélvelo" sin que usted utilice gestos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
6. ¿Dice su bebé tres palabras, como "Mamá", "Papá" y "Baba"? (Una "palabra" es un sonido o sonidos que su bebé dice constantemente para referirse a alguien o algo).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

TOTAL EN COMUNICACIÓN _____

MOTRICIDAD GRUESA

	SI	NO	AÚN NO	
1. Si usted sostiene ambas manos solo para equilibrar a su bebé, ¿él/ella soporta su propio peso mientras está de pie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
2. Cuando se sienta en el piso, ¿su bebé se sienta derecho por varios minutos sin utilizar sus manos como apoyo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____



MOTRICIDAD GRUESA *(Continúa)*

	SI	NO	AÚN NO	_____
3. Cuando usted pone a su bebé al lado de los muebles o del riel de la cuna, ¿se agarra sin apoyar el pecho contra los muebles?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

4. Mientras se aferra a los muebles, ¿su bebé se agacha y levanta un juguete del piso y luego vuelve a ponerse de pie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

5. Mientras se aferra a los muebles, ¿su bebé se agacha con control (sin caerse ni dejarse caer)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

6. ¿Camina su bebé al lado de los muebles mientras se sostiene con una sola mano?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

	TOTAL MOTRICIDAD GRUESA			_____

MOTRICIDAD FINA

	SI	NO	AÚN NO	_____
1. ¿Su bebé recoge un juguete pequeño con una sola mano?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

2. ¿Su bebé recoge <i>con éxito</i> una migaja o Cheerio usando su pulgar y todos sus dedos en un movimiento de rastrillado? <i>(Si ya recoge una migaja o Cheerio, marque "sí" para este punto).</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

3. ¿Su bebé recoge un juguete pequeño con las <i>puntas</i> de sus pulgares y dedos? <i>(Deberías ver un espacio entre el juguete y su palma de la mano).</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

4. Después de uno o dos intentos, ¿su bebé recoge un trozo de cuerda con su primer dedo y pulgar? <i>(La cuerda puede estar unida a un juguete).</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____




5. ¿Su bebé recoge una migaja o Cheerio con las <i>puntas</i> de los dedos pulgar y otro dedo? Puede descansar su brazo o mano sobre la mesa mientras lo hace.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

6. ¿Su bebé coloca un juguete pequeño sin soltarlo y luego quita la mano del juguete?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____


	TOTAL MOTRICIDAD FINA			_____

Si el punto 5 de motora fina está marcado como "sí" o "a veces", marque el punto 2 de motora fina como "sí".

RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

		SI	NO	AÚN NO	
1. ¿Su bebé puede pasar un juguete de una mano a otra?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
2. ¿Su bebé toma dos juguetes pequeños, uno en cada mano, y los sostiene durante aproximadamente 1 minuto?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
3. Cuando sostiene un juguete en su mano, ¿su bebé lo golpea contra otro juguete en la mesa?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
4. Mientras sostiene un juguete pequeño en cada mano, ¿su bebé aplaude con los juguetes (como "Pat-a-cake")?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
5. ¿Su bebé muerde o trata de sacar una migaja o Cheerio que está dentro de un biberón transparente (como un biberón de plástico o un biberón)?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
6. Después de verle esconder un pequeño juguete debajo de un trozo de papel o tela, ¿su bebé lo encuentra? <i>(Asegúrese de que el juguete esté completamente oculto).</i>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
				TOTAL RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	_____

PERSONAL-SOCIAL

		SI	NO	AÚN NO	
1. Mientras su bebé está boca arriba, ¿se mete el pie en la boca?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
2. ¿Su bebé bebe agua, jugo o fórmula de una taza mientras la sostiene?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
3. ¿Su bebé se come solo una galleta salada o una galleta dulce?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
4. Cuando usted extiende su mano y le pide su juguete, ¿su bebé se lo ofrece aunque no lo suelte? <i>(Si suelta el juguete en su mano, marque como "sí" en este punto).</i>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
5. Cuando viste a su bebé, ¿empuja su brazo a través de una manga una vez que su brazo se encuentra en el agujero de la manga?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
6. Cuando usted extiende su mano y le pide su juguete, ¿su bebé lo suelta en su mano?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
				TOTAL PERSONAL-SOCIAL	_____

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

1. ¿Su bebé utiliza ambas manos y ambas piernas de igual manera? Si no es así, explique: SI NO

2. Cuando ayuda a su bebé a pararse, ¿sus pies están planos sobre la superficie la mayor parte del tiempo? Si no es así, explique: SI NO

3. ¿Le preocupa que su bebé esté demasiado callado o que no haga sonidos como otros bebés? En caso afirmativo, explique: SI NO

4. ¿Alguno de los padres tiene antecedentes familiares de sordera infantil o discapacidad auditiva? En caso afirmativo, explique: SI NO

5. ¿Le preocupa la visión de su bebé? En caso afirmativo, explique: SI NO

6. ¿Su bebé ha tenido algún problema médico en los últimos meses? En caso afirmativo, explique: SI NO

7. ¿Tiene usted alguna preocupación sobre el comportamiento de su bebé?

SI

NO

8. ¿Le preocupa algo de su bebé? En caso afirmativo, explique:

SI

NO