

American Academy of Pediatrics



# CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES

## VISITA MÉDICA DEL 2 AÑO

Para brindarle a usted y a su hijo la mejor atención de salud posible, nos gustaría saber cómo están. Responda todas las preguntas. **La evaluación del trastorno del espectro autista también es parte de esta visita.** Muchas gracias.

### ¿SOBRE QUÉ QUIERE HABLAR HOY?

¿Tiene alguna inquietud, pregunta o problema sobre el que quiera hablar hoy?  No  Sí, describa:

### CUÉNTENOS SOBRE SU HIJO Y SU FAMILIA.

¿Qué es lo que más la entusiasma o encanta de su hijo?

¿Su hijo tiene alguna necesidad especial?  No  Sí, describa:

¿Hubo algún cambio importante reciente en la vida de su hijo o en la de su familia?  No  Sí, describa:

¿Algún familiar de su hijo tuvo algún problema médico nuevo desde su última visita?  No  Sí  No estoy seguro/a Si la respuesta es sí o no estoy seguro/a, describa:

¿Su hijo vive con alguien que fuma o pasa tiempo en lugares donde se fuma o se consumen cigarrillos electrónicos?  No  Sí  No estoy seguro/a

### EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO

¿Tiene inquietudes específicas acerca del desarrollo, aprendizaje o comportamiento de su hijo?  No  Sí, describa:

Marque cada una de las tareas que puede hacer su hijo.

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Jugar con otros niños y expresar interés en su juego. | <input type="checkbox"/> Seguir una instrucción de 2 pasos (como "Levántalo y guárdalo").    | <input type="checkbox"/> Correr con coordinación.                      |
| <input type="checkbox"/> Quitarse algo de ropa.                                | <input type="checkbox"/> Nombrar al menos 5 partes del cuerpo.                               | <input type="checkbox"/> Subir por una escalera en un patio de recreo. |
| <input type="checkbox"/> Recoger bien con una cuchara.                         | <input type="checkbox"/> Hablar para que los extraños puedan entender el 50% de lo que dice. | <input type="checkbox"/> Apilar objetos.                               |
| <input type="checkbox"/> Usar 50 palabras.                                     | <input type="checkbox"/> Patear una pelota.  | <input type="checkbox"/> Pasar las páginas del libro.                  |
| <input type="checkbox"/> Combinar 2 palabras en una frase corta u oración.     | <input type="checkbox"/> Saltar del suelo con los dos pies.                                  | <input type="checkbox"/> Usa sus manos para girar objetos.             |
|  |  | <input type="checkbox"/> Dibujar líneas.                               |

## VISITA MÉDICA DEL 2 AÑO

### EVALUACIÓN DE RIESGOS

<b>Anemia</b>	¿La dieta de su hijo incluye alimentos ricos en hierro, como carne, cereales fortificados con hierro o frijoles?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Usted se esfuerza alguna vez por poner comida en la mesa?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
<b>Dislipidemia</b>	¿Su hijo tiene padres, abuelos, tías o tíos que hayan tenido un derrame cerebral o un problema cardíaco antes de los 55 años (hombres) o 65 años (mujeres)?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Su hijo tiene un padre con un nivel elevado de colesterol en la sangre (240 mg/dL o más) o que está tomando medicamentos para el colesterol?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
<b>Audición</b>	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo escucha su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo habla su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
<b>Plomo</b>	¿Su hijo vive o visita una casa o instalación de cuidado infantil con un peligro identificado de plomo o una casa construida antes de 1960 que está en malas condiciones o que fue renovada en los últimos 6 meses?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
<b>Salud bucal</b>	¿Su hijo tiene un dentista?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿La fuente de agua principal de su hijo contiene fluoruro?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
<b>Tuberculosis</b>	¿Su hijo o algún miembro de su familia nació o viajó a algún país donde es común la tuberculosis (esto incluye países en África, Asia, América Latina y Europa del Este)?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Su hijo estuvo en contacto con alguna persona que tiene la enfermedad de tuberculosis o que le haya dado positivo la prueba de tuberculosis?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Su hijo está infectado con VIH?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
<b>Visión</b>	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo ve su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Los ojos de su hijo parecen inusuales o cruzados?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Los párpados de su hijo se caen o uno de ellos tiende a cerrarse?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Alguna vez se han lesionado los ojos de su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a

### RECOMENDACIONES PREVENTIVAS

#### ¿Cómo está usted, su hijo y su familia?

#### LA SALUD Y EL BIENESTAR DE SU FAMILIA

<b>Violencia en la relación de pareja</b>		
¿Se siente segura siempre en su hogar?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Su pareja, u otra persona significativa en su vida, ¿alguna vez la golpeó, pateó o empujó o la lastimó a usted o a su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
<b>Condición de vida y seguridad alimenticia</b>		
¿Le preocupa tener una vivienda permanente?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Tiene las cosas que necesita para cuidar a su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su casa tiene suficiente calefacción, agua caliente, electricidad y electrodomésticos en funcionamiento?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

## VISITA MÉDICA DEL 2 AÑO

### LA SALUD Y EL BIENESTAR DE SU FAMILIA (CONTINUACIÓN)

Condición de vida y seguridad alimenticia (continuación)		
En los últimos 12 meses, ¿le preocupó quedarse sin alimentos antes de tener dinero para comprar más?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
En los últimos 12 meses, ¿no le fue suficiente el alimento que compró y no tuvo dinero para obtener más?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Alcohol y drogas		
¿Alguien en su hogar bebe cerveza, vino o licor?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Usted o algún miembro de su familia consume marihuana, cocaína, calmantes, narcóticos u otras sustancias controladas?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Cuidarse		
¿Se toma tiempo para usted?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Pasan usted y su pareja tiempo a solas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Usted y su familia hacen actividades juntos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene a alguien a quien pueda acudir si necesita hablar sobre problemas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

### EL COMPORTAMIENTO DE SU HIJO

¿Su hijo está aprendiendo cosas nuevas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Pasa tiempo a solas con su hijo haciendo algo que le gusta hacer?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Anima a otros miembros de la familia y cuidadores a ser consistentes, pacientes y calmos con su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Le muestra a su hijo cómo ser físicamente activo todos los días jugando y siendo activo con él?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo juega con otros niños?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Cuánto tiempo pasa su hijo adolescente todos los días viendo la televisión o usando computadoras, tabletas o smartphones?	_____ horas	

### EL HABLA Y SU HIJO

¿Su hijo tiene maneras de decirle lo que quiere?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Utiliza usted palabras sencillas cuando le hace una pregunta a su hijo o le dice qué hacer?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Le da a su hijo suficiente tiempo para responder?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Canta usted canciones y habla con su hijo sobre las cosas que hacen juntos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Le lee a su hijo o mira libros juntos todos los días?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

### APRENDER A IR AL BAÑO

¿Está su hijo interesado en usar el baño?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo le dice cuándo tiene una evacuación intestinal?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Se mantiene seco su hijo durante aproximadamente 2 horas seguidas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Sabe su hijo la diferencia entre estar mojado y estar seco?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Ayuda a su hijo a lavarse las manos después de ir al baño?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

### SEGURIDAD

Seguridad en el automóvil		
¿Se encuentra su hijo sujetado de manera segura en un asiento de seguridad orientado hacia atrás en el asiento trasero todas las veces que viaja en un vehículo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Todos los demás en el vehículo siempre usan un cinturón de seguridad para el regazo y el hombro, un asiento elevado o un asiento de seguridad para el automóvil?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Seguridad al aire libre		
¿Siempre usa su hijo un casco de bicicleta cuando anda en un triciclo, en un remolque para bicicletas o en el asiento en la bicicleta de un adulto?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Mantiene a su hijo alejado de máquinas en movimiento, cortadoras de césped, caminos de entrada y calles?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Vive cerca de alguna piscina, jacuzzi o spa?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí

## VISITA MÉDICA DEL 2 AÑO

### SEGURIDAD (CONTINUACIÓN)

Seguridad de las armas		
¿Alguien en su casa o en las casas donde su hijo pasa el tiempo tiene un arma?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Si es así, ¿el arma está descargada y guardada bajo llave?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
En caso afirmativo, ¿las municiones se almacenan y guardan bajo llave por separado del arma?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

De acuerdo con *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents*, 4th Edition

Para obtener más información, diríjase a <https://brightfutures.aap.org>.

American Academy of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN®



La información incluida en este cuestionario no debería reemplazar la atención médica ni el consejo de su pediatra. Puede haber variaciones en el tratamiento recomendado por el pediatra de acuerdo con hechos o circunstancias particulares. Cuestionario original incluido como parte de *Bright Futures Tool and Resource Kit*, 2nd Edition.

La American Academy of Pediatrics (AAP) no revisa ni respalda ninguna modificación realizada en este cuestionario y en ningún caso será la AAP responsable de dichos cambios.

Translation of *Bright Futures Previsit Questionnaire: 2 Year Visit*

© 2019 American Academy of Pediatrics. Todos los derechos reservados.



# 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: \_\_\_\_\_



### Información del niño/a:

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Inicial de su segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido(s) del niño/a: \_\_\_\_\_

Sexo del niño/a:  
 Masculino  Femenino

Fecha de nacimiento del niño/a: \_\_\_\_\_

### 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: \_\_\_\_\_

### Información del programa

# de identificación del niño/a: \_\_\_\_\_

# de identificación del programa: \_\_\_\_\_

Nombre del programa: \_\_\_\_\_

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.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
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.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
3. Sin darle pistas señalándole o usando gestos, ¿puede su niño seguir 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"/> d. "Busca tu abrigo".				
<input type="radio"/> b. "Cierra la puerta". <input type="radio"/> e. "Dame la mano".				
<input type="radio"/> c. "Tráeme una toalla". <input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
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 sola idea como "se acabó", "está bien", y "¿qué es?") Escriba un ejemplo de una combinación de palabras que dice su niño:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

## COMUNICACION (continuación)

6. ¿Puede usar correctamente al menos dos palabras como "mi", "yo", "mía", o "tú"?

SI	A VECES	TODAVIA NO	_____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

TOTAL EN COMUNICACION \_\_\_\_\_

## MOTORA GRUESA

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.)*

SI	A VECES	TODAVIA NO	_____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

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.)*



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

3. ¿Su niño sube o baja al menos dos escalones sin ayuda? Puede agarrarse de la pared o de la barandilla.



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

4. ¿Su niña corre bien y sabe detenerse sin chocar con las cosas o caerse?



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

5. ¿Puede saltar su niño, levantando ambos pies del suelo a la vez?



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

6. Sin apoyarse en ningún objeto, ¿sabe su niño dar una patada a un balón moviendo la pierna hacia atrás y luego hacia adelante?\*



<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____*
-----------------------	-----------------------	-----------------------	--------

TOTAL EN MOTORA GRUESA \_\_\_\_\_

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

## 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?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 2. ¿Sabe darle la vuelta a las hojas de un libro sin ayuda? (Tal vez pase más de una hoja a la vez.)  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 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?                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 4. ¿Su niño prende y apaga interruptores (como el de la luz)?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 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.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 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?                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |



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.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| <div style="display: flex; align-items: center; margin-left: 100px;"> <div style="margin-right: 10px;">Marque "sí"</div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-left: 100px;"> <div style="margin-right: 10px;">Marque "todavía no"</div> </div>        |                       |                       |                       |       |
| 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.)  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 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?        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 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?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 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 "ayudarlo" en la cocina)?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |



## RESOLUCION DE PROBLEMAS (continuación)

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.)*



SI	A VECES	TODAVIA NO	_____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS \_\_\_\_\_

## SOCIO-INDIVIDUAL

- ¿Sabe su niño beber de un vaso y bajarlo nuevamente sin que se le caiga mucho del contenido?
- ¿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?
- ¿Come con un tenedor?
- Al jugar con un animalito de peluche o con una muñeca, ¿lo mece, le da de comer, le cambia los pañales, lo acuesta, etc.?
- ¿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?
- ¿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".

SI	A VECES	TODAVIA NO	_____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

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

**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

**OBSERVACIONES GENERALES** (continuación)

8. ¿Tiene alguna preocupación sobre el comportamiento de su niño/a? Si contesta "sí", explique:

 SI NO

9. ¿Le preocupa algún aspecto del desarrollo de su niño/a? Si contesta "sí", explique:

 SI NO

Nombre del paciente

Apellido del paciente

Fecha

## M-CHAT SPANISH

Seleccione, marcando con un círculo, la respuesta que le parece que refleja mejor cómo su hijo o hija actúa NORMALMENTE. Si el comportamiento no es el habitual (por ejemplo, usted solamente lo ha visto hacer una o dos veces) conteste que el niño o niña NO lo hace.

si no

	si	no
1. ¿Disfruta su niño (a) cuando lo balancean o hacen saltar sobre su rodilla?		
2. ¿Se interesa su niño (a) en otros niños?		
3. ¿Le gusta a su niño (a) subirse a las cosas, por ejemplo subir las escaleras?		
4. ¿Disfruta su niño (a) jugando "peek-a-boo" o "hide and seek" (a las escondidas)?		
5. ¿Le gusta a su niño (a) jugar a pretender, como por ejemplo, pretende que habla por teléfono, que cuida sus muñecas, o pretende otras cosas?		
6. ¿Utiliza su niño (a) su dedo índice para señalar algo, o para preguntar alguna cosa?		
7. ¿Usa su niño (a) su dedo índice para señalar o indicar interés en algo?		
8. ¿Puede su niño (a) jugar bien con juguetes pequeños (como carros o cubos) sin llevárselos a la boca o dejarlos caer)?		
9. ¿Alguna vez le trae su niño (a) objetos o cosas, con el propósito de mostrarle algo?		
10. ¿Lo mira su niño (a) directamente a los ojos por mas de uno o dos segundos?		
11. ¿Parece su niño (a) ser demasiado sensitivo al ruido? (por ejemplo, se tapa los oídos)?		
12. ¿Sonríe su niño (a) en respuesta a su cara o a su sonrisa?		
13. ¿Lo imita su niño (a)? Por ejemplo, si usted le hace una mueca, su niño (a) trata de imitarlo?		
14. ¿Responde su niño (a) a su nombre cuando lo(a) llaman?		
15. ¿Si usted señala a un juguete que está al otro lado de la habitación su niño (a), voltea y lo mira?		
16. ¿Camina su niño (a)?		
17. ¿Presta su niño (a) atención a las cosas que usted está mirando?		
18. ¿Hace su niño (a) movimientos raros con los dedos cerca de su cara?		
19. ¿Trata su niño (a) de llamar su atención a las actividades que está llevando a cabo?		
20. ¿Se ha preguntado alguna vez si su niño (a) es sordo (a)?		
21. ¿Comprende su niño (a) lo que otros dicen?		
22. ¿Ha notado si su niño (a) se queda con una mirada fija en la nada, o si camina algunas veces sin sentido?		
23. ¿Su niño le mira a su cara para ver su reacción cuando esta en una situación desconocida?		

## Questionario sobre su niño y la Tuberculosis.

Nombre del niño (a): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Su nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Necesitamos su ayuda para saber si su niño(a) ha estado expuesto a la enfermedad de la tuberculosis.

La tuberculosis es causada por gérmenes. Esta enfermedad comúnmente se transmite mediante la tos o un estornudo. Una persona puede tener los gérmenes de la tuberculosis en su cuerpo pero no estar activos. La tuberculosis puede tratarse y prevenirse. Sus respuestas a las preguntas que aparecen abajo nos dirán si su niño(a) podría haber estado expuesto(a) a la tuberculosis. Si sus respuestas nos dicen que su niño(a) pudo haber estado expuesto a los gérmenes de la tuberculosis, queremos hacerle un examen de tuberculosis en la piel. Este examen no es una vacuna contra la tuberculosis pero puede prevenir la enfermedad. Sólo nos dejará saber si su niño(a) tiene gérmenes de tuberculosis.

Marque la casilla con su respuesta:	Si	No	No sé
1. ¿Le han hecho un examen de la tuberculosis recientemente a su niño(a)? Sí? (si contesta sí, díganos la fecha) ___/___/___			
2. ¿Tuvo alguna vez su niño(a) una reacción positiva al examen de la tuberculosis? Sí? (si contesta sí, díganos la fecha) ___/___/___			
3. La tuberculosis puede causar fiebre que puede durar días y hasta semanas. También puede causar pérdida de peso, tos severa (puede durar hasta dos semanas), o tos con sangre.			
a. ¿Ha estado su niño(a) cerca de una persona con estos síntomas?			
b. ¿Ha estado su niño(a) cerca de alguna persona enferma con tuberculosis?			
c. ¿Ha tenido su niño(a) alguna vez uno de estos problemas o los tiene ahora?			
4. ¿Nació su niño(a) en México o en algún otro país fuera de los Estados Unidos? ¿En qué país (fuera de los Estados Unidos) nació su niño(a)?			
5. ¿Viajó su niño(a) a México o a cualquier otra parte de América Latina, el Caribe, África, Europa Oriental o Asia por más de 3 semanas? ¿Qué país o países visitó su niño(a)?			
6. ¿Sabe si su niño(a) pasó más de 3 semanas con alguna persona que:			
Usa jeringuillas para usar droga?			
Tiene VIH?			
Ha estado en la cárcel?			
Ha llegado recientemente a los Estados Unidos desde otro país?			

### FOR THE PROVIDER:

If the prior test was negative and the answer to #4 is yes, the child does not need a repeat skin test.  
If the prior test was negative and occurred at least 8 weeks after the situation described in #3a, 3b, 5, or 6, the child does not need a repeat skin test.  
If the prior test was positive, the child does not need a repeat skin test; but a positive answer to #3c would indicate a chest x-ray as soon as possible.

TST administered Yes \_\_\_ No \_\_\_

If yes, Date administered \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Date read \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ TST reaction \_\_\_\_\_ mm

TST provider \_\_\_\_\_  
Signature \_\_\_\_\_ Printed Name \_\_\_\_\_

If chest x-ray done, date \_\_\_\_\_ and results \_\_\_\_\_

Provider phone number \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ County \_\_\_\_\_

If positive, referral to local/regional health department/specialist? Yes \_\_\_ No \_\_\_

If yes, name of health dept./specialist \_\_\_\_\_

Contact your local or regional health department if assistance is needed.



# 24 Month ASQ-3 Information Summary

23 months 0 days through  
25 months 15 days

Child's name: \_\_\_\_\_ Date ASQ completed: \_\_\_\_\_  
 Child's ID #: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_  
 Administering program/provider: \_\_\_\_\_

**1. SCORE AND TRANSFER TOTALS TO CHART BELOW:** See ASQ-3 User's Guide for details, including how to adjust scores if item responses are missing. Score each item (YES = 10, SOMETIMES = 5, NOT YET = 0). Add item scores, and record each area total. In the chart below, transfer the total scores, and fill in the circles corresponding with the total scores.

Area	Cutoff	Total Score	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
Communication	25.17		●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○
Gross Motor	38.07		●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○
Fine Motor	35.16		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○
Problem Solving	29.78		●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○
Personal-Social	31.54		●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○

**2. TRANSFER OVERALL RESPONSES:** Bolded uppercase responses require follow-up. See ASQ-3 User's Guide, Chapter 6.

- |  |            |           |  |            |    |
|--|------------|-----------|--|------------|----|
| 1. Hears well?<br>Comments:                                  | Yes        | <b>NO</b> | 6. Concerns about vision?<br>Comments:   | <b>YES</b> | No |
| 2. Talks like other toddlers his age?<br>Comments:           | Yes        | <b>NO</b> | 7. Any medical problems?<br>Comments:    | <b>YES</b> | No |
| 3. Understand most of what your child says?<br>Comments:     | Yes        | <b>NO</b> | 8. Concerns about behavior?<br>Comments: | <b>YES</b> | No |
| 4. Walks, runs, and climbs like other toddlers?<br>Comments: | Yes        | <b>NO</b> | 9. Other concerns?<br>Comments:          | <b>YES</b> | No |
| 5. Family history of hearing impairment?<br>Comments:        | <b>YES</b> | No        |  |            |    |

**3. ASQ SCORE INTERPRETATION AND RECOMMENDATION FOR FOLLOW-UP:** You must consider total area scores, overall responses, and other considerations, such as opportunities to practice skills, to determine appropriate follow-up.

If the child's total score is in the  area, it is above the cutoff, and the child's development appears to be on schedule.  
 If the child's total score is in the  area, it is close to the cutoff. Provide learning activities and monitor.  
 If the child's total score is in the  area, it is below the cutoff. Further assessment with a professional may be needed.

**4. FOLLOW-UP ACTION TAKEN:** Check all that apply.

- Provide activities and rescreen in \_\_\_\_\_ months.
- Share results with primary health care provider.
- Refer for (circle all that apply) hearing, vision, and/or behavioral screening.
- Refer to primary health care provider or other community agency (specify reason): \_\_\_\_\_.
- Refer to early intervention/early childhood special education.
- No further action taken at this time
- Other (specify): \_\_\_\_\_

**5. OPTIONAL:** Transfer item responses (Y = YES, S = SOMETIMES, N = NOT YET, X = response missing).

	1	2	3	4	5	6
Communication						
Gross Motor						
Fine Motor						
Problem Solving						
Personal-Social						