

American Academy of Pediatrics



CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES

VISITA MÉDICA DEL 18 MES

Para brindarle a usted y a su hijo la mejor atención de salud posible, nos gustaría saber cómo están. Responda todas las preguntas. **Las evaluaciones de desarrollo infantil y de trastornos del espectro autista también son 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 le 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"/> Participar con otros para jugar. | <input type="checkbox"/> Girar y mirar a un adulto si sucede algo nuevo. | <input type="checkbox"/> Subir escaleras con 2 pies por escalón con la ayuda de su mano. |
| <input type="checkbox"/> Ayudar a vestirse y desvestirse. | <input type="checkbox"/> Empezar a recoger con una cuchara. | <input type="checkbox"/> Sentarse en una silla pequeña. |
| <input type="checkbox"/> Señalar los dibujos de un libro. | <input type="checkbox"/> Usar palabras para pedir ayuda. | <input type="checkbox"/> Llevar un juguete mientras camina. |
| <input type="checkbox"/> Señalar un objeto interesante para dirigir su atención a ella. | <input type="checkbox"/> Identificar al menos dos partes del cuerpo. | <input type="checkbox"/> Garabatear espontáneamente. |
| | <input type="checkbox"/> Nombrar, al menos, 5 objetos familiares, como la pelota o la leche. | <input type="checkbox"/> Lanzar una pelota pequeña a unos metros de donde está parado. |

VISITA MÉDICA DEL 18 MES

EVALUACIÓN DE RIESGOS

Anemia	¿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
Audición	¿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
Plomo	¿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
Salud bucal	¿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
Visión	¿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?

EL COMPORTAMIENTO DE SU HIJO

¿Felicita a su hijo por su buen comportamiento?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Si su hijo está molesto, ¿le ayuda a distraerlo usando otra actividad, libro o juguete?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Otros cuidadores establecen los mismos límites para su hijo que usted?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Utiliza los tiempos muertos como una forma de controlar el comportamiento de su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Otros cuidadores establecen los mismos límites que usted para su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Si está planeando tener otro bebé, ¿ha pensado en cómo preparará a su hijo?	<input type="radio"/> N/C	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

HABLAR Y COMUNICARSE

¿Lee, canta y habla con su hijo sobre lo que está viendo y haciendo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Señala con la mano para decir "adiós"?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Utiliza palabras sencillas para decirle a su hijo qué hacer?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

SU HIJO Y LA TELEVISIÓN

¿Cuánto tiempo pasa su hijo adolescente todos los días viendo la televisión o usando computadoras, tabletas o smartphones?	_____ horas	
Si su hijo utiliza los medios de comunicación, ¿observa usted los programas que su hijo ve o la actividad que realiza?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

ALIMENTACIÓN SALUDABLE

¿Proporciona una variedad de verduras, frutas y otros alimentos nutritivos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo come mucha comida que describiría como comida chatarra?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Bebe agua todos los días?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo está dispuesto a probar alimentos nuevos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

VISITA MÉDICA DEL 18 MES

SEGURIDAD

Seguridad en el automóvil y en el hogar		
¿Su hijo se encuentra sujetado de manera segura en un asiento de seguridad para auto 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 auto 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
¿Tiene los números de teléfono de emergencia cerca de cada teléfono y en el marcado rápido de su teléfono móvil?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Mantiene los cigarrillos, encendedores, fósforos y alcohol fuera de la vista y del alcance de su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Mantiene a su hijo alejado de la estufa, las chimeneas y los calentadores?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene una puerta en la parte superior e inferior de todas las escaleras de su casa?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Mantiene los muebles alejados de las ventanas y usa protectores de ventanas operables en las ventanas del segundo piso y superiores? (Operable significa que, en caso de emergencia, un adulto puede abrir la ventana).	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Están sus televisores, librerías y aparadores asegurados a la pared para que no se caigan y lastimen a su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene alguna pregunta sobre otras maneras de mantener su casa segura?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Protección solar		
¿Le pone protector solar a su hijo cada vez que juega afuera?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
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>.





Ages & Stages Questionnaires®

17 meses 0 días a 18 meses 30 días

Cuestionario de 18 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: _____

Fecha de nacimiento del niño/a: _____ Para niños prematuros, si el parto ocurrió 3 semanas o más antes de la fecha proyectada, # de semanas que se adelantó: _____ 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: _____

Información del programa

de identificación del niño/a: _____ Edad al realizar la evaluación ASQ, en meses y días: _____

de identificación del programa: _____ Si es niño/a prematuro/a, edad ajustada, en meses y días: _____

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. Cuando su niño quiere algo, ¿lo <i>señala con el dedo</i> para comunicárselo a Ud.?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
2. Cuando Ud. se lo pide, ¿va su niña a otro cuarto a buscar un juguete u objeto conocido? (<i>Puede preguntarle, "¿Dónde está la pelota?", o decirle "Tráeme tu abrigo", o "Busca tu cobija".</i>)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
3. ¿Dice su niño ocho o más palabras además de "mamá" y "papá"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
4. ¿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? (<i>Marque "sí" aun si sus palabras sean difíciles de entender.</i>)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
5. Sin enseñarle primero, ¿puede <i>señalar con el dedo</i> el dibujo correcto cuando Ud. le dice, "Enséñame dónde está el gatito", o le pregunta, "¿Dónde está el perro?" (<i>Solamente tiene que identificar un dibujo correctamente.</i>)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
6. ¿Puede decir dos o tres palabras juntas que representen ideas diferentes, como: "Veo perro", "Mamá llega casa", o "¿Se fue gatito"? (<i>No cuente las combinaciones de palabras que expresen una sola idea como "se acabó", "está bien", y "¿qué es?"</i>) Escriba un ejemplo de una combinación de palabras que dice su niño:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

TOTAL EN COMUNICACION _____

MOTORA GRUESA

- | | SI | A VECES | TODAVIA NO | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----|
| 1. ¿Puede su niña agacharse para recoger un objeto del suelo y volver a ponerse de pie sin apoyo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
| 2. ¿Camina su niño por la casa en lugar de gatear? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
| 3. ¿Camina bien su niña, sin caerse a menudo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
| 4. ¿Se sube a algún objeto como una silla para alcanzar algo que quiere (por ejemplo, para agarrar un juguete que está arriba del mostrador de la cocina o para "ayudarlo" en la cocina)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
| 5. ¿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.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
| 6. 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"/> | ___ |



TOTAL EN MOTORA GRUESA ___

MOTORA FINA

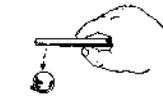
- | | SI | A VECES | TODAVIA NO | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----|
| 1. ¿Puede lanzar su niño una pelota pequeña, moviendo el brazo hacia adelante por encima del hombro? (Si simplemente la deja caer, marque "todavía no" en esta pregunta.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
| 2. ¿Coloca su niña un cubito o un juguete pequeño encima de otro? (También puede usar carretes de hilo de coser, cajitas, o juguetes que midan aproximadamente una pulgada, o 3 centímetros.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
| 3. Cuando intenta dibujar, ¿marca su niño la hoja de papel con la punta de la crayola (o del lápiz o de la pluma)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
| 4. ¿Puede su niña poner tres cubitos o juguetes uno sobre otro sin ayuda? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
| 5. ¿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"/> | ___ |
| 6. 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"/> | ___ |



TOTAL EN MOTORA FINA ___

RESOLUCION DE PROBLEMAS

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. ¿Mete varios juguetes pequeños, uno tras otro, dentro de un recipiente como una caja o un tazón? <i>(Puede enseñarle cómo se hace.)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
2. Después de enseñarle a su niña cómo se hace, ¿usa una cuchara, un palo, u otro implemento similar para intentar agarrar un juguete pequeño que esté ligeramente fuera de su alcance?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
3. Después de dejar caer una migaja o un Cheerio (cereal de desayuno) en una pequeña botella transparente, ¿pone la botella al revés para sacarlo? <i>(Puede enseñarle cómo hacerlo.) (Puede usar una botella de refresco o un biberón.)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
4. Sin enseñarle cómo hacerlo, ¿traza su niña garabatos o rayas cuando Ud. le da una crayola (o un lápiz o una pluma)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
5. Después de observarlo 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? <i>(Marque "todavía no" si su niño hace rayas o garabatos de un lado para otro.)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
6. Después de dejar caer una migaja o un Cheerio (cereal de desayuno) en una pequeña botella transparente, ¿pone la botella al revés para sacarlo? <i>(No le muestre cómo hacerlo.)*</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___ *
TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS				___



*Si marcó "sí" o "a veces" en la pregunta 6, marque "sí" en la pregunta 3.

SOCIO-INDIVIDUAL

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. Al mirarse en el espejo, ¿su niña se ofrece un juguete a sí misma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
2. ¿Juega su niño con una muñeca o con un muñeco de peluche, abrazándolo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
3. ¿Intenta conseguir su atención o intenta enseñarle algo tirándole de la mano o de la ropa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
4. ¿Viene a pedirle ayuda su niña, como cuando necesita que alguien le dé cuerda a un juguete o que quite la tapa de un frasco?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
5. ¿Sabe su niño beber de un vaso y bajarlo nuevamente sin que se le caiga mucho del contenido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
6. ¿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?	<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

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

OBSERVACIONES GENERALES (continuación)

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

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.

sí 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?		



18 Month ASQ-3 Information Summary

17 months 0 days through
18 months 30 days

Child's name: _____ Date ASQ completed: _____

Child's ID #: _____ Date of birth: _____

Administering program/provider: _____ Was age adjusted for prematurity when selecting questionnaire? Yes No

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	13.06		●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Gross Motor	37.38		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○
Fine Motor	34.32		●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○
Problem Solving	25.74		●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○
Personal-Social	27.19		●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○

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

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