



## CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES VISITA MÉDICA DEL 4 AÑO

Para brindarle a usted y a su hijo la mejor atención de salud posible, nos gustaría saber cómo están.  
Responda todas las preguntas. 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"/> Ir al baño y tener una evacuación intestinal por sí mismo.                             | <input type="checkbox"/> Hablar para que los extraños puedan entender el 100% de lo que ella dice. | <input type="checkbox"/> Subir las escaleras, usando un pie, luego el otro, sin apoyo. |
| <input type="checkbox"/> Vestirse y desvestirse sin demasiada ayuda.  | <input type="checkbox"/> Hacer dibujos que usted reconozca.  | <input type="checkbox"/> Dibujar a una persona con al menos 3 partes del cuerpo.       |
| <input type="checkbox"/> Jugar a fingir.  | <input type="checkbox"/> Seguir reglas simples cuando juega juegos de mesa o cartas.               | <input type="checkbox"/> Dibujar una simple cruz.                                      |
| <input type="checkbox"/> Responder a preguntas como "¿Qué haces cuando tienes frío?" y "¿Cuándo tienes sueño?". | <input type="checkbox"/> Contarle una historia de un libro.  | <input type="checkbox"/> Desabotonar y abotonar botones de tamaño medio.               |
| <input type="checkbox"/> Usar oraciones de 4 palabras.  | <input type="checkbox"/> Saltar con un solo pie.   | <input type="checkbox"/> Agarrar un lápiz con el pulgar y los dedos en lugar del puño. |

## VISITA MÉDICA DEL 4 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>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

### RECOMENDACIONES PREVENTIVAS

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

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

<b>Condición de vida y seguridad alimenticia</b>		
¿Le preocupa tener una vivienda permanente?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Tiene suficiente calefacción, agua caliente, electricidad y electrodomésticos en funcionamiento?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
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
<b>Alcohol y drogas</b>		
¿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
<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>Seguridad en la comunidad</b>		
¿Se siente seguro en su comunidad?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Usted tiene a alguien a quien pueda acudir si le preocupa la seguridad de su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Usted tiene relación con su comunidad a través de grupos religiosos, organizaciones de voluntarios o programas recreativos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Pasa tiempo con los padres de otros niños de su comunidad?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

## VISITA MÉDICA DEL 4 AÑO

### PREPARARSE PARA LA ESCUELA

Comprensión y fluidez del lenguaje		
¿Su hijo comunica claramente sus deseos y necesidades a usted y a los demás?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Responde usted a las preguntas de su hijo con respuestas cortas y sencillas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Le da tiempo suficiente a su hijo para contar un cuento o responder a una pregunta?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Hablan, cantan y leen juntos todos los días?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Sentimientos		
¿Es su hijo generalmente feliz y activo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Ayuda a su hijo a decir "lo siento" por herir los sentimientos de los demás?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Oportunidades para socializar con otros niños		
¿Está su hijo interesado en otros niños?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene su hijo la oportunidad de jugar con otros niños en grupos de juego o en el preescolar?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene su hijo un mejor amigo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Felicitas a su hijo cuando es bueno o ha terminado una tarea?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Programas de infancia temprana y preescolar		
¿Asiste su hijo al preescolar?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Está contento con los arreglos de cuidado de niños o preescolar?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Visita usted el preescolar de su hijo y participa en actividades allí?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Preparación para la escuela		
¿Tiene alguna preocupación acerca de que su hijo comience la escuela el próximo año?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Está haciendo algo para preparar a su hijo para el preescolar? Esto podría incluir leer juntos e ir a la biblioteca, al parque, al zoológico y a otros lugares.	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

### HÁBITOS SALUDABLES

Nutrición		
¿Bebe agua todos los días?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Cuántas onzas de leche bebe su hijo la mayoría de los días?	_____ onzas	
¿Le ofrece a su hijo una variedad de alimentos, incluyendo vegetales, frutas y alimentos ricos en proteínas, como carne y huevos, pollo o pescado?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo está dispuesto a probar nuevos sabores y texturas de alimentos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Deja que su hijo decida cuánto comer y cuándo dejar de comer?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Rutinas diarias que promueven la salud		
¿Su hijo duerme bien?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene rutinas regulares para acostarse y comer?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Cepilla los dientes de su hijo dos veces al día con una cantidad del tamaño de un guisante de pasta dental fluorada?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

### LIMITAR LA TELEVISIÓN Y PROMOVER LA ACTIVIDAD FÍSICA

¿Cuánto tiempo pasa su hijo adolescente todos los días viendo la televisión o usando computadoras, tabletas o smartphones?	_____ horas	
¿Su hijo tiene un televisor o un dispositivo conectado a Internet en su habitación?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Su familia ha hecho un plan de uso de los medios de comunicación para ayudar a todos a equilibrar el tiempo dedicado a los medios con otras actividades familiares y personales?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Juega su hijo activamente durante al menos 1 hora al día?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo juega con otros niños?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Están físicamente activos juntos como una familia, como salir a caminar o jugar en el parque?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

## VISITA MÉDICA DEL 4 AÑO

### SEGURIDAD

Seguridad en el automóvil		
¿Su hijo está bien sujeto en un asiento de seguridad para automóvil o en un asiento elevado con cinturón de seguridad en el asiento trasero cada vez 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		
¿Usted vigila de cerca a su hijo cuando juega afuera, especialmente cerca de las calles y los caminos de entrada?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Hay piscinas en su vecindario?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Está planeando que su hijo aprenda a nadar?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Siempre usa su hijo un chaleco salvavidas aprobado por el Servicio de Guardacostas de los Estados Unidos cuando está en un barco?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo siempre usa protector solar cuando juega al aire libre?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Mascotas		
¿Tiene una mascota?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Le ha enseñado a su hijo cómo comportarse con los animales para que no sea mordido o arañado?	<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®

45 meses 0 días a 50 meses 30 días

## Cuestionario de 48 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): \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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:

---



---



---



---



---

## COMUNICACION

- |  | SI                    | A VECES               | TODAVIA NO            | _____ |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| 1. ¿Dice su niño los nombres de al menos tres cosas de una categoría de objetos ordinarios? Por ejemplo, si Ud. le dice "Dime algunas cosas que se pueden comer", ¿su niño menciona alimentos (como galletas, huevos, o pan)? O si Ud. le dice "Dime los nombres de algunos animales, ¿su niño menciona algún animal (como vaca, perro, elefante)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |

- |  |                       |                       |                       |       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| 2. ¿Contesta su niña las siguientes preguntas? (Marque "a veces" si su niña responde a una sólo de las 2 preguntas.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|

"¿Qué haces cuando tienes hambre?" (Las respuestas aceptables incluyen frases como "pido algo de comer", "como", y "hago un sandwich".) Por favor, escriba la respuesta de su niña:

"¿Qué haces cuando tienes sueño?" (Las respuestas aceptables incluyen frases como "me acuesto", "duermo", y "me siento".) Por favor escriba la respuesta de su niña:

- |   |                       |                       |                       |       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| 3. ¿Su niño puede mencionar al menos dos características de objetos ordinarios? Por ejemplo, al decirle, "Dime algo sobre tu pelota", ¿dice su niño algo como "Es redonda", "La tiro", "Es grande"? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|

- |   |                       |                       |                       |       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| 4. Al formular sus palabras, ¿su niña usa terminaciones como "-é", "-ando", y "-s"? Por ejemplo, dice "Tiré la pelota", "Estoy jugando", o "Veo dos gatos". | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|

## COMUNICACION (continuación)

	SI	A VECES	TODAVIA NO	_____
5. Sin hacer señas para ayudarlo ni repetir las instrucciones, ¿puede su niño llevar a cabo tres acciones <i>completamente diferentes</i> cuando Ud. se lo pide? Debe decirle las tres instrucciones antes de que él comience a hacerlas. Por ejemplo, le puede pedir, "Aplauda con las manos, camina hasta la puerta, y siéntate", o "Dame la pluma, abre el libro, y ponte de pie".	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
6. Al formar oraciones, ¿incluye su niña todas las palabras necesarias (como "un", "el", "la", "soy", "es", "está", y "son") para que sean completas? Por ejemplo dice: "Voy al parque", "¿Dónde está el juguete?" o "¿Vas a venir también?"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
<b>TOTAL EN COMUNICACION</b>				_____

## MOTORA GRUESA

	SI	A VECES	TODAVIA NO	_____
1. Cuando Ud. le lanza una pelota grande, ¿su niño la agarra con las dos manos? <i>(Ud. debe situarse a unos 5 pies, o 1.5 metros, de su niño y darle dos o tres oportunidades para hacer la actividad antes de marcar la respuesta.)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
				
2. En el parque infantil, ¿puede su niña subir los escalones de la resbaladilla para llegar a lo alto y después deslizarse sin ayuda?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
3. Al estar de pie, ¿lanza una pelota hacia adelante, tirándola en la dirección de una persona que está a una distancia de al menos 6 pies (2 metros)? Su niño debe <i>levantar el brazo</i> a la altura del hombro para lanzarla. <i>(Marque "todavía no" si la deja caer o si la tira desde la altura de la cintura.)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
				
4. ¿Brinca con un solo pie (ya sea el izquierdo o el derecho) al menos una vez sin perder el equilibrio o caerse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
5. Empezando de pie y con los dos pies juntos, ¿su niña brinca una distancia de 20 pulgadas (medio metro)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
6. Sin apoyarse en ningún objeto, ¿se para en un solo pie al menos por 5 segundos sin perder el equilibrio y sin bajar el otro pie para apoyarse? <i>(Ud. puede darle dos o tres oportunidades para hacer la actividad antes de marcar la respuesta.)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
				
<b>TOTAL EN MOTORA GRUESA</b>				_____

## MOTORA FINA

	SI	A VECES	TODAVIA NO	_____
1. ¿Puede armar un rompecabezas de cinco a siete piezas que se conectan entre sí? <i>(Si Ud. no tiene disponible un rompecabezas, tome una fotografía grande de una revista y córtela en 6 piezas.)</i> ¿Puede reconstruir la imagen, juntando las piezas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

**MOTORA FINA** *(continuación)*

2. Usando tijeras para niños, ¿puede su niño cortar un papel a la mitad, manteniendo una línea bastante recta y abriendo y cerrando las tijeras? *(Por razones de seguridad, vigile cuidadosamente a su niño cuando usa las tijeras.)*



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

3. Usando de modelo las figuras de abajo, ¿copia su niño al menos tres de ellas en un papel grande con un lápiz, una crayola, o una pluma sin usar papel transparente o dibujar encima de las figuras? *(Los dibujos deben parecerse a las figuras, aunque puedan ser de un tamaño diferente.)*



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

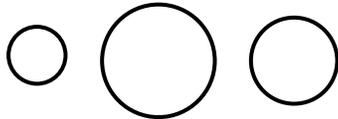
4. ¿Desabotona su niño uno o más botones? Puede usar su propia ropa o la de una muñeca.
5. ¿Hace dibujos de personas incluyendo al menos tres de las siguientes características: la cabeza, los ojos, la nariz, la boca, el cuello, el pelo, el tronco, los brazos o las manos, las piernas, o los pies?
6. ¿Colorea generalmente sin salirse de la raya, ya sea una figura en un libro para colorear o un círculo de 2 pulgadas (5 centímetros) que Ud. trace? *(Su niña no debe salirse mas de 1/4 de pulgada, o un centímetro, fuera de la raya en la mayor parte del dibujo.)*

<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 MOTORA FINA \_\_\_\_\_

**RESOLUCION DE PROBLEMAS**

1. Si Ud. le dice a su niño: "Di 'cinco, ocho, tres'", ¿repite él *únicamente* los tres números en el mismo orden? *Ud. no debe repetir los números. Si es necesario, intente otra serie de números, por ejemplo, "Di 'siete, nueve, dos'". (Su niño sólo tiene que repetir una serie de tres números para que Ud. pueda marcar "sí" en esta pregunta.)*
2. Si Ud. le pregunta, "¿Cuál círculo es el más pequeño?" ¿apunta su niña al círculo correcto? *(Haga esta pregunta sin ayudarle a través de señas o gestos que le puedan indicar cuál es el círculo más pequeño.)*



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

3. Sin darle ayuda por medio de señas, ¿puede llevar a cabo tres instrucciones diferentes que contengan las palabras "debajo", "entre", y "el centro"? Por ejemplo, pídale que ponga el zapato "debajo del sofá." Luego, pídale que ponga la pelota "entre las sillas" y el libro "al centro de la mesa".
4. Si Ud. le muestra diferentes objetos y le pregunta a su niño, "¿De qué color es esto?" ¿dice los nombres de cinco colores diferentes, como rojo, azul, amarillo, anaranjado, negro, blanco, o rosado? *(Marque "sí" solamente si contesta la pregunta correctamente mencionando al menos cinco colores.)*

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

## RESOLUCION DE PROBLEMAS (continuación)

- |   | SI                    | A VECES               | TODAVIA NO            |       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| 5. ¿Se disfraza y actúa imaginando ser alguien o algo diferente? Por ejemplo, se viste con ropa diferente y se imagina que es la mamá, el papá, el hermano, la hermana, un animal, o cualquier otro ser imaginario?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 6. Si Ud. pone cinco objetos delante de su niña, ¿los puede contar diciendo "uno, dos, tres, cuatro, cinco" en el orden correcto? (Haga esta pregunta sin ayudarle, hacer señas, o decir los nombres de los objetos.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| <b>TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS</b>   |                       |                       |                       | _____ |

## SOCIO-INDIVIDUAL

- |   | SI                    | A VECES               | TODAVIA NO            |       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| 1. ¿Usa cubiertos para servirse comida, sacándola de un recipiente y poniéndola en otro? Por ejemplo, ¿su niño puede usar una cuchara grande para sacar puré de manzana de un recipiente y ponerlo en un plato hondo?                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 2. ¿Puede su niña decirle por lo menos cuatro de los siguientes datos? Por favor, marque los datos que su niña le dice correctamente.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| <input type="radio"/> a. Su nombre <input type="radio"/> d. Su apellido<br><input type="radio"/> b. Su edad <input type="radio"/> e. Si es niño o niña<br><input type="radio"/> c. La ciudad en que vive <input type="radio"/> f. Su número de teléfono |                       |                       |                       |       |
| 3. ¿Se lava las manos con agua y jabón y después se seca sin ayuda?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 4. ¿Puede decir los nombres de al menos dos compañeros de juego, sin incluir a los hermanos? (Pregúntele quiénes son sus amigos sin mencionar el nombre de ninguno de ellos.)   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 5. ¿Se lava los dientes poniendo pasta de dientes en el cepillo y cepillándose todos los dientes sin ayuda? (Responda "sí" aunque Ud. tenga que revisar que su niña se haya lavado bien y/o cepillarle de nuevo los dientes.)                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 6. ¿Se viste o se desviste su niño sin ayuda? (Sin tomar en cuenta subir/bajar cierres [cremalleras], abotonar/desabotonar, abrochar/desabrochar.)  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| <b>TOTAL EN SOCIO-INDIVIDUAL</b>  |                       |                       |                       | _____ |

## 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

**OBSERVACIONES GENERALES** (continuación)

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. ¿Otras personas pueden entender la mayor parte de lo que dice su niño/a? Si contesta "no", explique:

 SI NO

5. ¿Cree Ud. que su niño/a camina, corre, y trepa igual que los otros niños de su edad? Si contesta "no", explique:

 SI NO

6. ¿Tiene algún familiar con historia de sordera o cualquier otro impedimento auditivo? Si contesta "sí", explique:

 SI NO

7. ¿Tiene Ud. alguna preocupación sobre la visión de su niño/a? Si contesta "sí", explique:

 SI NO

**OBSERVACIONES GENERALES** (continuación)

8. ¿Ha tenido su niño/a algún problema de salud en los últimos meses? Si contesta "sí", explique:

 SÍ NO

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

 SÍ NO

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

 SÍ NO

## Cuestionario 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.

<b>Marque la casilla con su respuesta:</b>	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, Africa, 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.



# 48 Month ASQ-3 Information Summary

45 months 0 days through  
50 months 30 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	30.72		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○
Gross Motor	32.78		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○
Fine Motor	15.81		●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Problem Solving	31.30		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○
Personal-Social	26.60		●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○

**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. Family history of hearing impairment?<br>Comments: | <b>YES</b> | No |
| 2. Talks like other children his age?<br>Comments:              | Yes | <b>NO</b> | 7. Concerns about vision?<br>Comments:                | <b>YES</b> | No |
| 3. Understand most of what your child says?<br>Comments:        | Yes | <b>NO</b> | 8. Any medical problems?<br>Comments:                 | <b>YES</b> | No |
| 4. Others understand most of what your child says?<br>Comments: | Yes | <b>NO</b> | 9. Concerns about behavior?<br>Comments:              | <b>YES</b> | No |
| 5. Walks, runs, and climbs like other children?<br>Comments:    | Yes | <b>NO</b> | 10. Other concerns?<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						