

Clínica Infantil Castle Valley

Visita de mantenimiento de la salud

9 - 12 Meses

NOMBRE DEL PACIENTE _____

PADRE: Complete este lado hacia abajo hasta la línea doble (encierre en un círculo y marque las respuestas apropiadas).

NUTRICIÓN

1. ¿Está amamantando o alimentando con biberón a su bebé ahora? Biberón
2. ¿Tu bebé ya empezó a usar una taza? si no
3. ¿Le estás dando a tu bebé vitaminas, hierro o flúor? si no
4. Marque el tipo de comida y aproximadamente cuánto come su bebé:
Leche ____ Cantidad en una botella _____ Cantidad en una taza _____
Jugo ____ Cantidad _____ Vegetales ____ Cantidad _____
Cereal ____ Cantidad _____ Carnes ____ Cantidad _____
Frutas ____ Cantidad _____ Bocadillos ____ ¿De qué tipo?

5. ¿Su hijo se alimenta a sí mismo con bocadillos? si no
6. ¿Tu bebé tiene algún problema para comer? si no
7. ¿Está su hijo en WIC o en el Programa Suplementario de Alimentos de Denver?
si no

ELIMINACIÓN

8. ¿Ha notado un olor fuerte o inusual en la orina de su hijo? si no
9. ¿Ha tenido su hijo algún problema de estreñimiento o diarrea? si no

COMPORTAMIENTO

10. ¿Tu hijo tiene problemas para dormir? si no
11. ¿Cuántas horas duerme su bebé a la vez? _____ Horas.
12. ¿Cuántas siestas toma? _____ Siestas.
13. ¿Tiene su hijo algún comportamiento que le gustaría cambiar? si no
Comportamiento de la lista

14. ¿Hay algo que le moleste o le preocupe acerca de su hijo? si no
¿Qué es? _____
15. ¿Sientes que tienes un hijo difícil? si no

DESARROLLO

16. Todos los niños aprenden cosas en diferentes momentos. En este punto del desarrollo de su hijo, compruebe cuál de las siguientes cosas puede hacer.

- Sentarse sin apoyo por un minuto Ponerse de pie Jugar al escondite
 Golpea dos cubos juntos Independiente Di mamá, papá Arrastrarse o arrastrarse
 Caminar, agarrándose de los muebles Jugar pat-a-cake

ENFERMEDAD

17. ¿Ha tenido su bebé alguna enfermedad o ha necesitado ver a un médico desde su última visita? si no

18. Si su hijo está tomando algún medicamento, indíquelo aquí: _____

REVISIÓN DE SÍNTOMAS (Marque si su hijo tiene alguno de los siguientes desde la última visita).

- Accidentes o lesiones en la cabeza Congestión nasal Alergias Infección de oído
 Dificultad para respirar Erupciones en la piel Problemas de audición Resfriados o tos frecuentes Gran aumento o pérdida de peso Infecciones oculares o drenaje Fiebre alta
 Aumento o pérdida de peso reciente

OBJETIVO: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

PLAN: (Lista de verificación de orientación anticipatoria)

FIRMA DEL PROVEEDOR _____



Ages & Stages Questionnaires®

11 meses 0 días a 12 meses 30 días

Cuestionario de 12 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 bebé

Nombre del bebé: _____ Inicial de su segundo nombre: _____ Apellido(s) del bebé: _____

Fecha de nacimiento del bebé: _____ Para bebés prematuros, si el parto ocurrió 3 semanas o más antes de la fecha proyectada, # de semanas que se adelantó: _____ Sexo del bebé: Masculino Femenino

Información de la persona que está llenando este cuestionario

Nombre: _____ Inicial de su segundo nombre: _____ Apellido(s): _____

Dirección: _____ Parentesco con el bebé: 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 bebé: _____	Edad al realizar la evaluación ASQ, en meses y días: _____
# de identificación del programa: _____	Si es bebé 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 bebés. Puede ser que su bebé 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 bebé hace la actividad regularmente, a veces, o todavía no.

Puntos que hay que recordar:
Notas:

- Asegúrese de intentar cada actividad con su bebé antes de contestar las preguntas.
- Complete el cuestionario haciendo las actividades con su bebé como si fueran un juego divertido.
- Asegúrese de que su bebé haya descansado y comido.
- Por favor, devuelva este cuestionario antes de esta fecha:
_____.

COMUNICACION

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. ¿Puede hacer dos sonidos similares como "ba-ba", "da-da", o "ga-ga"? (No es necesario que los sonidos tengan significado.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
2. Cuando Ud. se lo pide, ¿puede su bebé jugar a algún juego infantil sin que Ud. se lo demuestre primero (por ejemplo, decir adiós, esconderse tapándose los ojos, aplaudir, o indicar que tan grande es algo)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
3. ¿Sigue su bebé instrucciones sencillas, como por ejemplo, "ven acá", "dámelo", o devuélvelo" sin que Ud. le haga gestos para que entienda lo que le está pidiendo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
4. ¿Dice su bebé tres palabras como "mamá", "dada", y "baba"? (Una "palabra" se define como un sonido o un grupo de sonidos que siempre repite su bebé al referirse a alguien o a alguna cosa concreta.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
5. Al preguntarle, ¿dónde está la pelota (el gorro, el zapato, etc.)?, ¿su bebé mira el objeto? (Asegúrese de que el objeto esté presente. Marque "sí" en esta pregunta si reconoce por lo menos un objeto.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
6. Cuando su bebé quiere algo, ¿lo señala con el dedo para comunicárselo a Ud.?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
	TOTAL EN COMUNICACION			—

MOTORA GRUESA

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. Al estar agarrado a un mueble, ¿puede su bebé agacharse para recoger un juguete del suelo y después volver a ponerse de pie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
2. Al estar agarrada a un mueble, ¿puede su bebé agacharse, manteniendo el control (sin caerse al suelo)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—



MOTORA GRUESA *(continuación)*

3. ¿Camina por la casa su bebé, agarrándose a los muebles con una sola mano?

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

4. Si Ud. le agarra ambas manos para ayudarle a mantener el equilibrio, ¿su bebé da unos pasitos hacia adelante sin tropezar o caerse? *(Si su bebé ya puede caminar solo, marque "sí" en esta pregunta.)*



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

5. Cuando Ud. le toma una mano para que no se caiga, ¿puede su bebé dar unos pasitos hacia adelante? *(Si su bebé ya camina sola, marque "sí" en esta pregunta.)*



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

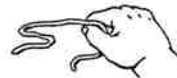
6. ¿Su bebé puede ponerse de pie y dar algunos pasitos hacia adelante sin ninguna ayuda o soporte?

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

TOTAL EN MOTORA GRUESA —

MOTORA FINA

1. Después de intentarlo una o dos veces, ¿puede agarrar su bebé un segmento de cuerda con los dedos índice y pulgar? *(La cuerda puede estar atada a un juguete.)*



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

2. ¿Puede agarrar una migaja de pan o un Cheerio (cereal de desayuno) con las yemas de los dedos (índice y pulgar)? Puede apoyar el brazo o la mano en la mesa mientras que lo hace.



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

3. ¿Puede poner un juguete pequeño en la mesa (en el sofá o en el suelo), sin dejarlo caer, y después levantar la mano de encima del juguete?

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

4. Sin apoyar la mano o el brazo en la mesa, ¿puede agarrar una migaja de pan o un Cheerio (cereal de desayuno) con las yemas de los dedos (índice y pulgar)?*



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

5. ¿Puede lanzar su bebé 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"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

MOTORA FINA *(continuación)*

6. ¿Su bebé le ayuda a Ud. a darle la vuelta a las hojas de un libro?
(Ud. puede darle la página para que ella la agarre.)

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

TOTAL EN MOTORA FINA _____

**Si marcó "sí" o "a veces" en la pregunta 4, marque "sí" en la pregunta 2.*

RESOLUCION DE PROBLEMAS

1. Al tener un juguete pequeño en cada mano, ¿su bebé intenta golpearlos uno con otro (como cuando se aplaude)?

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

2. ¿Su bebé agarra o usa el dedo índice para tocar un Cheerio (cereal de desayuno) o una migaja de pan que está dentro de una botella transparente (por ejemplo una botella de refresco o un biberón)?

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

3. Después de verle a Ud. esconder un juguete pequeño debajo de una hoja de papel o de un trozo de tela, ¿puede su bebé encontrarlo?
(Asegúrese de que el juguete esté completamente escondido.)

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

4. Si Ud. pone un juguete en un tazón o en una caja, ¿su bebé lo/la imita queriendo meter un juguete también, aunque pueda ser que no lo suelte? *(Si ya suelta el juguete en el tazón o en la caja, marque "sí" en esta pregunta.)*

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

5. ¿Su bebé pone dos juguetes, uno tras otro, en un recipiente como una caja o un tazón grande? *(Puede enseñarle cómo se hace.)**



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

6. Si Ud. traza rayones o garabatos en un papel con una crayola (o con un lápiz o una pluma), ¿hace su bebé lo mismo, imitándole a Ud.? *(Si ya sabe trazar solo, marque "sí" en esta pregunta.)*

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

TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS _____

**Si marcó "sí" o "a veces" en la pregunta 5, marque "sí" en la pregunta 4.*

SOCIO-INDIVIDUAL

1. Al extenderle la mano y pedirle su juguete, ¿su bebé se lo ofrece aunque no lo suelte? *(Si ya suelta el juguete para dárselo, marque "sí" en esta pregunta.)*

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

2. Cuando Ud. viste a su bebé, ¿puede él meter el brazo por la manga de la camisa una vez que Ud. le haya metido la mano en la bocamanga?

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

3. Cuando Ud. le extiende la mano para pedirle un juguete, ¿su bebé lo suelta para que Ud. lo tome?

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

4. Al vestir a su bebé, ¿levanta ella el pie cuando Ud. le va a poner el zapato, el calcetín, o el pantalón?

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

SOCIO-INDIVIDUAL *(continuación)*

- | | SI | A VECES | TODAVIA NO | — |
|--|---------------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| 5. Al jugar a la pelota con su bebé, ¿su bebé la tira o la hace rodar para que Ud. se la devuelva? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 6. ¿Juega su bebé con una muñeca o con un muñeco de peluche, abrazándolo? | <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. ¿Usa su bebé ambas manos y ambas piernas igualmente bien? Si contesta "no", explique: SI NO

2. ¿Experimenta su bebé con sonidos, o parece formar nuevas palabras? Si contesta "no", explique: SI NO

3. Cuando está de pie, ¿pone su bebé los pies completamente planos sobre el suelo la mayoría de las veces? Si contesta "no", explique: SI NO

4. ¿Le preocupa que su bebé sea muy callado/a o que no haga sonidos como otros bebés? Si contesta "sí", explique: SI NO

OBSERVACIONES GENERALES (continuación)

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

 SÍ NO

6. ¿Tiene Ud. alguna preocupación sobre la visión de su bebé? Si contesta "sí",
explique:

 SÍ NO

7. ¿Ha tenido su bebé algún problema de salud en los últimos meses? Si contesta "sí",
explique:

 SÍ NO

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

 SÍ NO

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

 SÍ NO



ASQ-3: Compilación de datos 12 meses

11 mes 0 días a
12 meses 30 días

Nombre del bebé: _____ Fecha de hoy: _____

de identificación del bebé: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del programa/proveedor: _____ Para bebés prematuros, ¿seleccionó el cuestionario apropiado tomando en cuenta la edad ajustada del bebé? Sí No

1. CALIFIQUE EL CUESTIONARIO Y PASE EL PUNTAJE TOTAL DE CADA SECCION AL GRAFICO DE ABAJO: Véase *ASQ-3 User's Guide* para obtener más detalles, incluyendo la manera de ajustar el puntaje si faltan respuestas a algunas preguntas. Califique cada pregunta (SI = 10, A VECES = 5, TODAVIA NO = 0). Sume los puntos de cada pregunta, anotando el puntaje total en la línea provista al final de cada sección del cuestionario. En el gráfico de abajo, anote el puntaje total de cada sección, y rellene el círculo correspondiente.

Área	Límite	Puntaje Total	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
Comunicación	15.64		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○
Motora gruesa	21.49		●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○
Motora fina	34.50		●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○
Resolución de problemas	27.32		●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○
Socio-individual	21.73		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○

2. TRANSFIERA LAS RESPUESTAS DE LA SECCION TITULADA "OBSERVACIONES GENERALES": Las respuestas escritas en negrita o con mayúsculas requerirán un seguimiento. Véase el capítulo 6 del *ASQ-3 User's Guide* para obtener información sobre las pautas a seguir.

- | | | | |
|---|-------|---|-------|
| 1. ¿Usa ambas manos y ambas piernas por igual?
Comentarios: | Sí NO | 5. Historial: ¿Hay problemas auditivos en la familia?
Comentarios: | SI No |
| 2. ¿Experimenta con sonidos y/o parece formar palabras?
Comentarios: | Sí NO | 6. ¿Preocupaciones sobre la vista?
Comentarios: | SI No |
| 3. ¿Normalmente pone los pies completamente planos en el suelo?
Comentarios: | Sí NO | 7. ¿Hay problemas de salud recientes?
Comentarios: | SI No |
| 4. ¿Preocupaciones porque no hace sonidos?
Comentarios: | SI No | 8. ¿Preocupaciones sobre comportamiento?
Comentarios: | SI No |
| | | 9. ¿Otras preocupaciones?
Comentarios: | SI No |

3. INTERPRETACION DEL PUNTAJE Y RECOMENDACIONES PARA EL SEGUIMIENTO DEL ASQ: Para determinar el nivel de seguimiento apropiado, hay que tomar en cuenta el *Puntaje total* de cada sección, las respuestas de la sección titulada "Observaciones generales", y también factores adicionales, tales como considerar si el bebé tiene oportunidades para practicar las habilidades.

Si el *Puntaje total* está dentro del área , el puntaje del bebé está por encima de las expectativas, y el desarrollo del bebé parece estar bien hasta ahora.

Si el *Puntaje total* está dentro del área , el puntaje está apenas por encima de las expectativas. Proporcione actividades adicionales para ayudarle al bebé y vigile su progreso.

Si el *Puntaje total* está dentro del área , el puntaje está debajo de las expectativas. Quizás se requiera una evaluación adicional más a fondo.

4. SEGUIMIENTO DEL ASQ: Marque todos los que apliquen.

- _____ Dar actividades adicionales y reevaluar en _____ meses.
- _____ Compartir los resultados con su médico familiar (primary health care provider).
- _____ Referirlo/la para una evaluación auditiva, visual, o de comportamiento. (Marque con un círculo todos los que apliquen.)
- _____ Referirlo/la a un médico familiar u otra agencia comunitaria (favor de escribir la razón): _____
- _____ Referirlo/la a un programa de intervención temprana/educación especial para niños preescolares para hacer una evaluación adicional.
- _____ No tomar medidas adicionales en este momento.
- _____ Medida adicional (favor de escribirla): _____

5. OPCIONAL: Anote las respuestas específicas (S = SI, V = A VECES, N = TODAVIA NO, R = falta esta respuesta).

	1	2	3	4	5	6
Comunicación						
Motora gruesa						
Motora fina						
Resolución de problemas						
Socio-individual						