

CASTILLO VALLE PARA NIÑOS CLÍNICA

Visita de mantenimiento de la salud

15 Meses a 18 Meses

Paciente Nombre _____

PADRE: POR FAVOR LLENAR AFUERA ESTE LADO ABAJO PARA LA DOBLE UNE (por favor marque y cheque adecuado respuestas)

NUTRICIÓN (Subjetivo)

1. Padre: Cómo muchas porciones de cada de la 4 alimento grupos hace su niño come cada ¿día?

Por favor escribe número de porciones en espacio previsto después revisión ejemplos de servicio Talla por este edad grupo.

LECHE	CARNE	FRUTAS Y VEGETALES	GRANOS
1/2 - 3/4 taza	1/2 SM hamburguesa o 1/4 taza	2 -3 cucharada cocido fruta o vegetal	3/4 rodaja pan de molde
Leche 1/2 - 3/4	atún	1/2 taza crudo Fruta o verdura	1/2 taza frío cereal
taza yogur 3/4 taza	1/2 palillo de tambor	1/2 taza de jugo	1/4 taza cocido cereal
de hielo crema	1 huevo o 1 rodaja carne		4 graham galletas
2/3 taza cabaña queso	3 cucharada nueces, girasol		1/4 taza de arroz, patatas, o fideos
1 onza queso	semillas omaní manteca		
____ # de porciones mi	____ # de porciones mi	____ # de porciones mi	____ # de porciones mi
niño come cada día	niño come cada día	niño come cada día	niño come cada día

2. Lista merienda alimentos _____

3. ¿Usa tu hija una cuchara y una taza?

4. ¿Tu hijo tiene algún problema para comer? - - -

5. ¿Está su hija en el Programa Suplementario de Alimentos de WIC o Denver?

ELIMINACIÓN

6. ¿Su hijo tiene dolor al orinar, micción frecuente, chorro débil o goteante, olor fuerte o extraño a la orina?

7. ¿Su hijo experimenta estreñimiento, diarrea, picazón de gusanos alrededor del recto o sangrado intestinal?

COMPORTAMIENTO

8. ¿Tu hijo tiene algún problema para dormir?

9. Tu hija duerme desde ____pm a ____am Número de siestas ____

10. ¿Tiene su hijo algún comportamiento que le gustaría cambiar?

11. ¿Qué haces cuando a tu hija no le importa? _____

12. ¿Su hijo pasa tiempo con otros niños? _____

13. ¿Cepillas los dientes de tu hijo todos los días? _____

DESARROLLO

14. Todos niños aprender cosas en diferente veces. En este punto en su del niño desarrollo, cheque cual de la siguiente él / ella puede hacer.

____ Andar sin ayuda	____ Subir y bajar escalones agarrándose de	____ Imitar las tareas del hogar
____ Señalar los ojos, la nariz y otras partes	____ Comprender instrucciones sencillas	____ Recoger objetos del tamaño de pasas
____ Di 3 palabras que no sean mamá, papá		

ENFERMEDAD

15. Si tu niño es en cualquier medicamentos, nombre a ellos: _____

16. Posee su niño tenía alguna grave enfermedades o necesario para ver un doctor ya que la ultimo ¿chequeo?

17. ¿Hay algo acerca de su hijo que le preocupa o le molesta?

REVISIÓN DE SISTEMAS (Cheque Si su niño posee ninguna de la siguiente ya que la ultimo visitar.)

____ Accidentes/Lesiones/inconsciencia	____ Dificultad para respirar	____ Gran ganancia o pérdida de peso
____ Infecciones de oído/dolores de ído	____ Resfriados o tos frecuentes	____ Cambio reciente en el
____ Problemas de visión o audición	____ Fiebre alta	hogar/familia
____ Infecciones oculares	____ Alergias	
____ Congestión nasal	____ Erupciones en la piel	

OBJETIVO:

ENFERMERÍA DIAGNÓSTICO:

PLAN: (Anticipado Guia Lista de Verificación sobre página 1)

PROVEEDOR FIRMA _____



Ages & Stages Questionnaires®

15 meses 0 días a 16 meses 30 días

Cuestionario de 16 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. ¿Intenta su niño tocar, agarrar, o señalar con el dedo los dibujos de un libro?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
2. ¿Dice su niña cuatro o más palabras además de "mamá" y "papá"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
3. Cuando su niño quiere algo, ¿lo señala con el dedo para comunicárselo a Ud.?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
4. Cuando Ud. se lo pide, ¿va su niña a otro cuarto a buscar un juguete u objeto conocido? (Puede preguntarle, "¿Dónde está la pelota?", o decirle "Tráeme tu abrigo", o "Busca tu cobija".)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
5. ¿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"/>	_____
6. ¿Dice su niño ocho o más palabras además de "mamá" y "papá"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
	TOTAL EN COMUNICACION			_____

MOTORA GRUESA

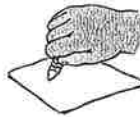
	SI	A VECES	TODAVIA NO	_____
1. ¿Su niña puede ponerse de pie y dar algunos pasitos hacia adelante sin ninguna ayuda o soporte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
2. ¿Su niño se sube a los muebles o a juegos (como grandes bloques) hechos para bebé?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
3. ¿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"/>	_____

MOTORA GRUESA *(continuación)*

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
4. ¿Camina su niño por la casa en lugar de gatear?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
5. ¿Camina bien su niña, sin caerse a menudo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
6. ¿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"/>	—
TOTAL EN MOTORA GRUESA				—

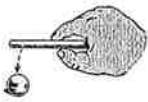
MOTORA FINA

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. ¿Su niña le ayuda a Ud. a darle la vuelta a las hojas de un libro? (Ud. puede darle la página para que ella la agarre.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
2. ¿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"/>	—
3. ¿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"/>	—
4. ¿Puede su niño poner tres cubitos o juguetes uno sobre otro sin ayuda?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
5. Cuando intenta dibujar, ¿marca su niña 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"/>	—
6. ¿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"/>	—
TOTAL EN MOTORA FINA				—


RESOLUCION DE PROBLEMAS

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. Si Ud. traza rayones o garabatos en un papel con una crayola (o con un lápiz o una pluma), ¿hace su niño lo mismo, imitándole a Ud.? (Si ya sabe trazar solo, marque "sí" en esta pregunta.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
2. ¿Puede su niña meter una migaja o un Cheerio (cereal de desayuno) dentro de una pequeña botella transparente (por ejemplo una botella de refresco o un biberón)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
3. ¿Mete varios juguetes pequeños, uno tras otro, dentro de un recipiente como una caja o un tazón? (Puede enseñarle cómo se hace.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—

RESOLUCION DE PROBLEMAS (continuación)

4. Después de enseñarle a su niño 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? 
5. Sin enseñarle cómo hacerlo, ¿traza su niña garabatos o rayas cuando Ud. le da una crayola (o un lápiz o una pluma)?*
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? (Puede enseñarle cómo hacerlo.)

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"/>	_____

TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS _____

**Si marcó "sí" en la pregunta 5, marque "sí" en la pregunta 1 también.*

SOCIO-INDIVIDUAL

1. ¿Come con cuchara su niño sin la ayuda de Ud., aunque se le caiga algo de comida?
2. Cuando Ud. desviste a su niña, ¿ayuda ella a quitarse la ropa (los calcetines, el gorro, los zapatos, o los guantes)?
3. ¿Juega su niño con una muñeca o con un muñeco de peluche, abrazándolo?
4. Al mirarse en el espejo, ¿su niña se ofrece un juguete a sí misma?
5. ¿Intenta conseguir su atención o intenta enseñarle algo tirándole de la mano o de la ropa?
6. ¿Viene a pedirle ayuda su niño, como cuando necesita que alguien le dé cuerda a un juguete o que quite la tapa de un frasco?

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"/>	_____
<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

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. ¿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

OBSERVACIONES GENERALES *(continuación)*

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



ASQ-3: Compilación de datos 16 meses

15 meses 0 días a
16 meses 30 días

Nombre del niño/a: _____ Fecha de hoy: _____
 # de identificación del niño/a: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Nombre del programa/proveedor: _____ Para niños prematuros, ¿seleccionó el cuestionario apropiado tomando en cuenta la edad ajustada del niño/a? 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	16.81		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○
Motora gruesa	37.91		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○
Motora fina	31.98		●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○
Resolución de problemas	30.51		●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○
Socio-individual	26.43		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○

2. TRANSFERA 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. ¿Oye bien?
Comentarios: | Sí | NO | 6. ¿Preocupaciones sobre la vista?
Comentarios: | SI | No |
| 2. ¿Habla como otros niños de su edad?
Comentarios: | Sí | NO | 7. ¿Hay problemas de salud recientes?
Comentarios: | SI | No |
| 3. ¿Ud. entiende lo que dice su niño/a?
Comentarios: | Sí | NO | 8. ¿Preocupaciones sobre comportamiento?
Comentarios: | SI | No |
| 4. ¿Camina, corre, y trepa como otros niños?
Comentarios: | Sí | NO | 9. ¿Otras preocupaciones?
Comentarios: | SI | No |
| 5. Historial: ¿Hay problemas auditivos en la familia?
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 niño/a tiene oportunidades para practicar las habilidades.

- Si el Puntaje total está dentro del área , el puntaje del niño/a está por encima de las expectativas, y el desarrollo del niño/a 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 niño/a 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						