

Clínica Infantil Castle Valley

Visita de mantenimiento de la salud

Recién Nacido – 2 Meses

Embarazo y Nacimiento

1. ¿Tuviste alguna enfermedad o tomaste algún medicamento/drogas durante el embarazo? si no
2. ¿Cargó a su bebé durante los nueve meses completos? si no
3. ¿Peso del bebé al nacer?
4. ¿Tuvo su bebé algún problema mientras estuvo en el hospital? si no

Nutrición

5. ¿Amamanta o alimenta con biberón a su bebé? Biberón
6. ¿Cuántas veces al día (horas) amamanta o toma biberón su bebé?
7. Si lo alimenta con biberón, ¿cuántas onzas bebe su bebé en cada toma?
8. Si le da biberón, ¿qué tipo de fórmula usa?
9. ¿Toma su bebé algún otro tipo de líquido además de la leche? si no
10. ¿Toma su bebé cereales o alimentos para bebés? si no
11. ¿Le estás dando a tu bebé gotas de vitaminas, hierro o flúor? si no
12. ¿Tu bebé tiene algún problema con la alimentación? si no

Eliminación

13. ¿Cuántas evacuaciones intestinales (heces) tiene su bebé en un período de 24 horas? _____
14. ¿Son las heces: (círculo) acuosas? ¿Suave y pastoso? ¿Formado? ¿Te gustan los pellets duros?

Comportamiento

15. ¿Tu bebé tiene algún problema para dormir? si No
16. Todos los bebés lloran. Cuanto llora su bebe (marque) __ Muy Poco __ Algo __ Mucho
17. ¿Hay algo que le moleste o le preocupe acerca de su bebé? si no
18. ¿Sientes que tienes un hijo difícil? si no

Desarrollo

Los niños aprenden cosas diferentes a medida que crecen. En este punto del desarrollo de su hijo, ¿cuál de las siguientes cosas puede hacer? (Por favor, compruebe)

___ Sonríe ___ Hace ruidos además de llorar. ___ Levanta la cabeza mientras está boca abajo.

___ Sigue sus movimientos girando la cabeza de un lado casi todo el camino hacia el otro.

enfermedades

19. ¿Ha tenido su bebé alguna enfermedad o ha necesitado ver a un médico desde que nació? si no
20. ¿Está su bebé tomando algún medicamento? si no

Revisión de sistemas (Marque si su hijo ha tenido alguno de los siguientes:)

Convulsiones o ataques Ojos cruzados Dificultad para terminar de comer Supuración ocular
 Lesión en la cabeza Congestión nasal Fiebre alta Azulado Infección de oído/dolor de oído
 Dificultad para respirar Sarpullido en la piel Cambio reciente en el hogar/familia

¿Alguna pregunta que tengas para nosotros?:



Ages & Stages Questionnaires®

1 mes 0 días a 2 meses 30 días

Cuestionario de 2 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:

- 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: _____.

Notas:

COMUNICACION

	SI	A VECES	TODAVIA NO	_____
1. ¿Algunas veces su bebé produce balbuceos o sonidos suaves con la garganta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
2. ¿Su bebé hace vocalizaciones o sonidos como "guuu"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
3. Cuando Ud. le habla a su bebé, ¿responde con sonidos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
4. ¿Su bebé sonríe cuando Ud. le habla?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
5. ¿Su bebé se ríe haciendo sonidos, como produciendo una suave carcajada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
6. Cuando Ud. regresa después de haberse ausentado brevemente, ¿su bebé sonríe o muestra emoción al verlo/la?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
TOTAL EN COMUNICACION				_____

MOTORA GRUESA

	SI	A VECES	TODAVIA NO	_____
1. Cuando su bebé está acostado boca arriba, ¿mueve el cuerpo, los brazos y las piernas (arquea, retuerce el cuerpo, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
2. Cuando su bebé está acostada boca abajo, ¿gira la cabeza hacia el lado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
3. Cuando su bebé está boca abajo, ¿mantiene su cabeza levantada por algunos segundos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
4. Cuando su bebé está boca arriba, ¿mueve sus piernas como pateando?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
5. Cuando su bebé está acostado boca arriba, ¿mueve la cabeza de un lado para otro?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
6. Después de mantener la cabeza levantada al estar boca abajo, ¿su bebé la baja lentamente al suelo, en vez de dejarla caer hacia adelante?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
TOTAL EN MOTORA GRUESA				_____

MOTORA FINA

1. Cuando está despierta, ¿su bebé usualmente tiene las manos cerradas? (Si antes las mantenía cerradas, pero ahora las abre, marque "sí".)

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

2. Cuando Ud. toca con su dedo la palma de la mano de su bebé, ¿le agarra el dedo?



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

3. Cuando Ud. pone un juguete en la mano de su bebé, ¿lo sostiene por algunos instantes?



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

4. ¿Su bebé toca su propia cara con sus manos?

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

5. Cuando está despierto, ¿su bebé mantiene las manos abiertas, al menos parcialmente (en vez de tenerlas cerradas en puño, como cuando era recién nacido)?



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

6. ¿Su bebé intenta agarrar o jalar su propia ropa?

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

TOTAL EN MOTORA FINA

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

RESOLUCION DE PROBLEMAS

1. ¿Su bebé mira objetos que están a una distancia de 8 a 10 pulgadas (18-25 centímetros)?

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

2. ¿Su bebé lo/la sigue con la mirada cuando Ud. se mueve alrededor de ella?

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

3. Al mover lentamente un juguete pequeño de izquierda a derecha enfrente de la cara de su bebé (a unas 10 pulgadas, o 25 centímetros, de distancia), ¿lo sigue con los ojos o a veces gira la cabeza para seguirlo?

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

4. Al mover lentamente un juguete pequeño de arriba a abajo enfrente de la cara de su bebé (a unas 10 pulgadas, o 25 centímetros, de distancia), ¿lo sigue con los ojos?

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

5. Al sentar a su bebé en su regazo, ¿presta atención a un juguete (del tamaño de una taza o de una sonaja) colocado en una mesa o en el suelo enfrente de él?

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


6. Cuando su bebé está acostada boca arriba y Ud. le enseña un juguete, haciéndolo oscilar, ¿alza los brazos y los mueve hacia el juguete?



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

TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS

SOCIO-INDIVIDUAL

	SI	A VECES	TODAVIA NO	___
1. ¿Algunas veces intenta succionar su bebé, incluso cuando no se está alimentando?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
2. Su bebé llora cuando está molesto, húmedo, o cansado o cuando desea que lo carguen en brazos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
3. ¿Su bebé le sonrío?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
4. Cuando Ud. le sonrío a su bebé, ¿le responde con una sonrisa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
5. ¿Su bebé mira sus propias manos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
				
6. Cuando su bebé ve el pecho o el biberón, ¿parece saber que le van a dar de comer?	<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. ¿Los resultados de la evaluación auditiva indicaron que su bebé oye bien? Si contesta "no", explique: SI NO

2. ¿Su bebé mueve ambos brazos y ambas piernas igualmente bien? Si contesta "no", explique: SI NO

3. ¿Tiene algún familiar con historia de sordera o cualquier otro impedimento auditivo? Si contesta "sí", explique: SI NO

OBSERVACIONES GENERALES (continuación)

4. ¿Ha tenido su bebé problemas de salud? Si contesta "sí", explique:

 SI NO

5. ¿Tiene alguna preocupación sobre el comportamiento de su bebé (por ejemplo en relación al comer o al dormir)? Si contesta "sí", explique:

 SI NO

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

 SI NO



ASQ-3: Compilación de datos 2 meses

1 mes 0 días a
2 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	22.77		●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○
Motora gruesa	41.84		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○
Motora fina	30.16		●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○
Resolución de problemas	24.62		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○
Socio-individual	33.71		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○

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.

- ¿La evaluación auditiva indica que oye bien? **SÍ** NO
Comentarios: _____
- ¿Mueve ambas manos y ambas piernas por igual? **SÍ** NO
Comentarios: _____
- Historial: ¿Hay problemas auditivos en la familia? **SI** No
Comentarios: _____
- ¿Hay problemas de salud recientes? **SI** No
Comentarios: _____
- ¿Preocupaciones sobre comportamiento? **SI** No
Comentarios: _____
- ¿Otras preocupaciones? **SI** No
Comentarios: _____

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						