

CLÍNICA INFANTIL CASTLE VALLEY

Visita de mantenimiento de la salud

2 - 3 AÑOS

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 muchos 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		1/4 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. ¿Hay alimentos de mesa que su hijo no comerá? si no

4. ¿Cuántos vasos de cada uno bebe su hijo cada día? si no

5. ¿Usa tu hija una cuchara y una taza? si NO

6. ¿Tu hijo tiene algún problema para comer? si no

7. ¿Está su hija en el Programa Suplementario de Alimentos de WIC o Denver? si no

8. ¿Cepillas los dientes de tu hijo todos los días con una pasta dental con flúor? si no

ELIMINACIÓN

9. ¿Su hijo tiene dolor al orinar, micción frecuente, chorro débil o goteante, olor fuerte o extraño a la orina? si no

10. ¿Su hijo experimenta estreñimiento, diarrea, picazón de gusanos alrededor del recto o sangrado de los intestinos? si no

COMPORTAMIENTO

11. ¿Tu hijo tiene algún problema para dormir? si no

12. Tu hija duerme desde _____ pm a _____ am Número de siestas _____

13. ¿Tiene su hijo algún comportamiento que le gustaría cambiar? si no

14. 'Qué hacer usted hacer cuando su niño no ¿mente? _____

15. Hace su niño gastar tiempo con otro ¿niños? si no

DESARROLLO

16. 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 abajo sin ayuda	____ Pedal un patada de triciclo	____ un pelota
____ Tirar un pelota lavado de cabeza	____ bis/ella propio color de las manos	____ y Escribiendo
____ Construir un torre de cuatro bloques	____ Seguir direcciones tales como "dar me"	____ Poner sobre ropa

17. yo sentir mi del niño desarrollo es: NORMALLABNORMAL_

ENFERMEDAD

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

19. Posee su niño tenía alguna grave enfermedades o necesario para ver un doctor ya que la ultimo ¿chequeo? sí no

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

__ Headaches	__ Erupciones en la piel o otro	__ Congestión nasal frecuente
__ Strep sore throats	__ problemas	__ poniéndose azul
__ no puedo mantenerse al día con	__ frecuente resfriados o tos	__ hinchado o doloroso articulaciones /
amigos	__ Estómago esfuerzos	cojera
__ Pierde el equilibrio	__ soplo cardíaco Depresión	
__ herida en la cabeza o inconsciencia	__ reciente peso ganar o pérdida	
__ dientes problemas /dolor de encías	__ cruzado ojos / visión problemas	
__ Alergias	__ Sibilancias o	
__ Convulsión o convulsiones	__ reciente cambio - hogar/ familia	
__ Infecciones de barra o dolores de	__ Anemia	
oído	__ persistente nariz sangra	
__ audiencia problemas	__ problema respiración	
__ chuparse el dedo	__ roto huesos o esguinces	
__ Discurso problemas Hinchado	__ Accidentes /lesiones	

OBJETIVO:

ENFERMERÍA DIAGNÓSTICO:

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

PROVEEDOR FIRMA _ _ _ _ _



Ages & Stages Questionnaires®

34 meses 16 días a 38 meses 30 días

Cuestionario de 36 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. Al pedirle a su niño que señale la nariz, los ojos, el pelo, los pies, las orejas, etc., ¿puede señalar al menos siete partes del cuerpo? (Las puede señalar en su propio cuerpo, en el de Ud. o en una muñeca. Marque "a veces" si señala correctamente al menos tres partes del cuerpo.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
2. ¿Forma su niña oraciones de tres o cuatro palabras? Favor de escribir un ejemplo:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
3. Sin darle pistas ni señas, ni hacer gestos, dígame a su niño: "Pon el libro encima de la mesa y pon el zapato debajo de la silla". ¿Puede seguir las dos instrucciones correctamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
4. Al mirar un libro de ilustraciones, ¿puede su niña decirle lo que pasa en la ilustración o nombrar la actividad que se muestra (por ejemplo, "ladra", "come", "corre", "llora")? Ud. puede preguntarle, "¿Qué hace el perro (o el niño)?"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
5. Enséñele a su niño como el cierre (cremallera) de un abrigo sube y baja y dígame: "Mira, esto sube y baja". Suba el cierre hasta la mitad y pídale que lo baje. Suba el cierre hasta la mitad otra vez y pídale que lo suba. Repita esto varias veces antes de pedirle que lo haga solo. ¿Siempre sube el cierre cuando Ud. le dice "súbelo" y siempre lo baja al decirle "bájalo"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
6. Al preguntarle a su niña, "¿Cómo te llamas?" ¿responde diciendo su nombre y apellido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

TOTAL EN COMUNICACION _____

MOTORA GRUESA

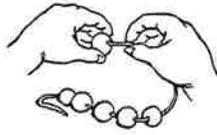
		SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. Sin apoyarse en ningún objeto, ¿sabe su niño dar una patada a un balón moviendo la pierna hacia atrás y luego hacia adelante?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Puede saltar su niño, levantando ambos pies del suelo a la vez?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Sube las escaleras su niño poniendo sólo un pie en cada escalón? (El pie izquierdo en un escalón y el derecho en el siguiente.) Puede agarrarse de la barandilla o de la pared. (Ud. puede hacer esta observación en lugares como una tienda, el parque, o en casa.)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Puede pararse su niña en un solo pie por aproximadamente 1 segundo sin agarrarse de nada?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
5. Al estar de pie, ¿su niño lanza una pelota hacia adelante, levantando el brazo a la altura del hombro? (Marque "todavía no" si la deja caer o si la tira desde la altura de la cintura.)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Salta su niña hacia adelante con los dos pies juntos al menos 6 pulgadas (o 15 centímetros)?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
TOTAL EN MOTORA GRUESA					<input type="checkbox"/>

MOTORA FINA

		SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. Después de observarlo/la a Ud. dibujar una línea de arriba abajo en una hoja de papel con un lápiz, una crayola, o una pluma, pídale a su niño que haga una línea como la suya. No lo deje dibujar encima de la suya ni usar papel transparente. ¿Su niño dibuja una línea vertical, copiando lo que Ud. hizo?	<p>Marque "sí"</p>  <hr/> <p>Marque "todavía no"</p> 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>

MOTORA FINA *(continuación)*

2. ¿Sabe meter un cordón (o agujeta) por el agujero de objetos pequeños como cuentas de madera, sopa de macarrones o de rueditas, o por los agujeros de los zapatos?



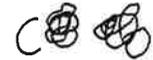
SI	A VECES	TODAVIA NO	—
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Después de observarlo/la a Ud. dibujar un círculo, pídale a su niña que dibuje un círculo como el suyo. No la deje dibujar encima del suyo ni usar papel transparente. ¿Su niña dibuja un círculo, copiando lo que Ud. hizo?

Marque "sí"



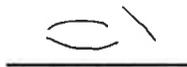
Marque "todavía no"



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

4. Después de observarlo/la a Ud. dibujar una línea de un lado al otro de la hoja de papel, pídale a su niño que haga una línea como la suya. No lo deje dibujar encima de la suya ni usar papel transparente. ¿Su niño dibuja una línea horizontal, copiando lo que Ud. hizo?

Marque "sí"



Marque "todavía no"



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

5. ¿Su niña intenta cortar papel con tijeras para niños? No es necesario que llegue a cortar el papel, pero sí debe saber abrir y cerrar las tijeras mientras que agarra el papel con la otra mano. (Ud. puede enseñarle cómo se usan las tijeras. Asegúrese de supervisar a su niña cuando esté usando las tijeras para que no se vaya a cortar.)



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

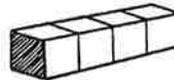
6. Al hacer un dibujo, ¿sujeta el lápiz, la crayola, o la pluma con los dedos y el pulgar como lo hace un adulto?

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

TOTAL EN MOTORA FINA —

RESOLUCION DE PROBLEMAS

1. Mientras su niña lo/la observa, ponga cuatro objetos como unos cubos o unos carritos en línea recta. ¿Lo/la intenta imitar, poniendo los cuatro objetos en línea recta también? (También puede usar carretes de hilo, unas cajitas u otros juguetes.)



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

2. Si quiere algo que no alcanza, ¿busca su niña una silla o una caja para subirse encima y alcanzarlo? (Por ejemplo, para agarrar un juguete que está en el mostrador de la cocina, o para "ayudarle" a Ud. en la cocina.)

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

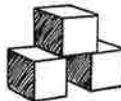
RESOLUCION DE PROBLEMAS (continuación)

3. Al señalarle esta figura y preguntarle a su niño, "¿Qué es?", ¿dice una palabra que se refiera a una persona o a un ser que se parezca a una persona? (Marque "sí" si da una respuesta como "muñeco de nieve", "niño", "señor", "niña", "papá", "astronauta", o "mono".) Escriba la respuesta de su niño a continuación:



4. Si Ud. le dice a su niña, "Di 'siete tres'", ¿repite únicamente los dos números en el mismo orden? Ud. no debe repetir los números. Si es necesario, intente otro par de números, por ejemplo, "Di 'ocho dos'". (Su niña sólo tiene que repetir una serie de dos números para que Ud. pueda marcar "sí" en esta pregunta.)

5. Muéstrela a su niño cómo hacer un puente con cubos, cajas, o latas como el del dibujo. ¿Su niño lo/la imita haciendo un puente que se parece al de Ud.?



6. Si Ud. le dice a su niña: "Di 'cinco, ocho, tres'", ¿repite ella 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 niña sólo tiene que repetir una serie de tres números para que Ud. pueda marcar "sí" en esta pregunta.)

	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"/>	—
TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS				—

SOCIO-INDIVIDUAL

1. A la hora de comer, ¿su niño se mete la cuchara en la boca sin que se le caiga mucha comida?
2. ¿Su niña empuja un carrito con ruedas, un cochecito de bebé u otro juguete con ruedas, evitando chocar con las cosas y saliéndose en reversa de un rincón si no puede girar?
3. Si Ud. le pregunta a su niño, "¿Quién está ahí?" cuando se ve en el espejo, ¿contesta "yo" o dice su nombre?
4. ¿Su niña se pone el abrigo, su chaqueta o su camisa sin ayuda?
5. Hágale la siguiente pregunta a su niño/a empleando estas palabras exactas: "¿Eres una niña o un niño?" ¿Sabe responder correctamente?
6. ¿Puede esperar su turno su niño/a, respetando el turno de los otros niños o adultos?

	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"/>	—
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. ¿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

OBSERVACIONES GENERALES *(continuación)*

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

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

 SI NO

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

 SI NO

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

 SI NO



Nombre del niño/a: _____ Fecha de hoy: _____
 # de identificación del niño/a: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Nombre del programa/proveedor: _____

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	30.99		●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○
Motora gruesa	36.99		●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○
Motora fina	18.07		●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○
Resolución de problemas	30.29		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○
Socio-individual	35.33		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○

2. **TRANSFIERA LAS RESPUESTAS DE LA SECCION TITULADA "OBSERVACIONES GENERALES":** Las respuestas escritas en negrita 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. Historial: ¿Hay problemas auditivos en la familia?
Comentarios: | SI | No |
| 2. ¿Habla como otros niños de su edad?
Comentarios: | Sí | NO | 7. ¿Preocupaciones sobre la vista?
Comentarios: | SI | No |
| 3. ¿Ud. entiende lo que dice su niño/a?
Comentarios: | Sí | NO | 8. ¿Hay problemas de salud recientes?
Comentarios: | SI | No |
| 4. ¿Otras personas entienden lo que dice su niño/a?
Comentarios: | Sí | NO | 9. ¿Preocupaciones sobre comportamiento?
Comentarios: | SI | No |
| 5. ¿Camina, corre, y trepa como otros niños?
Comentarios: | Sí | NO | 10. ¿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 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						