

Clínica Infantil Castle Valley

Visita de mantenimiento de la salud

4 – 6 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. ¿Le estás dando a tu bebé vitaminas, hierro o flúor? si no
3. Marque el tipo de comida y aproximadamente cuánto come su bebé:
Fórmula _____ Tipo _____ ¿Cuántas onzas en un período de 24 horas?
_____ Jugo _____ ¿Cuántas onzas en un período de 24 horas?
_____ Cereal _____ Cantidad (cucharadas) _____ Carnes _____
Cantidad _____ Frutas _____ Cantidad _____ Verduras _____
Cantidad _____ Otro _____
4. ¿Está alimentando a su bebé con una cuchara? si no
5. ¿Alguna vez utiliza un alimentador infantil? 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. ¿Cuántos pañales mojados tiene su bebé en un período de 24 horas? _____
9. ¿Cuántas evacuaciones intestinales (heces) tiene su bebé en un período de 24 horas?

10. ¿Ha tenido su hijo algún problema de estreñimiento o diarrea? si no

Comportamiento

11. ¿Tu hijo tiene problemas para dormir? si no
12. ¿Cuántas horas duerme su bebé a la vez? _____ Horas.
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.

___ Mantener la cabeza firme ___ Chillidos agudos ___ Hacer ruidos además de llorar ___ Sonreír contigo ___ Reír contigo ___ Alcanzar objetos ___ Soportar peso en las piernas ___ Darse la vuelta

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

___ Accidentes o lesiones en la cabeza ___ Supuración ocular ___ Resfriados/tos ___ Convulsiones o ataques ___ Congestión Nasal ___ Fiebre Alta ___ Infección de oído/dolor de oído ___ Dificultad para respirar ___ Erupciones en la piel ___ Bizco ___ Problemas para terminar de comer ___ Cambio reciente de hogar/familia

OBJETIVO: _____ -

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: _____

PLAN: (Lista de verificación de orientación anticipatoria)

FIRMA DEL PROVEEDOR _____



Ages & Stages Questionnaires®

3 meses 0 días a 4 meses 30 días

Cuestionario de 4 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: _____

Ciudad: _____ Estado/Provincia: _____ Código postal: _____

País: _____ # de teléfono de casa: _____ Otro # de teléfono: _____

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: _____

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. ¿Su bebé se ríe haciendo sonidos, como produciendo una suave carcajada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
2. Cuando Ud. regresa después de haberse ausentado brevemente, ¿su bebé sonrío o muestra emoción al verlo/la?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
3. ¿Deja de llorar su bebé cuando escucha la voz de una persona que no sea Ud.?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
4. ¿Hace chillidos agudos su bebé?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
5. ¿Se ríe su bebé?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
6. ¿Hace sonidos su bebé al ver juguetes o al mirar a personas?	<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 la cabeza de un lado para otro?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
2. 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"/>	___
3. Cuando su bebé está acostada boca abajo, ¿mantiene la cabeza levantada con la barbilla a una distancia de aproximadamente 3 pulgadas (8 centímetros) del suelo por al menos 15 segundos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
4. Al estar boca abajo, ¿su bebé levanta la cabeza y mira a su alrededor? (Puede apoyarse con los brazos al hacerlo.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___



MOTORA GRUESA *(continuación)*

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
5. Al sentar a su bebé sujetándolo con las manos, ¿puede sostener la cabeza?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
6. Cuando su bebé está boca arriba, ¿junta las manos sobre su pecho, tocándose los dedos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
TOTAL EN MOTORA GRUESA				—



MOTORA FINA

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. Cuando está despierta, ¿su bebé mantiene las manos abiertas, al menos parcialmente (en vez de tenerlas cerradas en puño, como cuando era recién nacida)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
2. Cuando Ud. le pone un juguete en la mano, ¿su bebé lo mueve de un lado para otro, al menos por unos momentos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
3. ¿Su bebé intenta agarrar o jalar su propia ropa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
4. Al ponerle un juguete en la mano, ¿su bebé lo agarra por al menos un minuto, mientras lo mira, lo mueve de un lado para otro, o intenta morderlo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
5. ¿Su bebé intenta agarrar o arañar con las uñas una superficie que tenga enfrente, ya sea al estar sentado o cuando está boca arriba?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
6. Cuando Ud. tiene a su bebé sentada en su regazo, ¿intenta agarrar un juguete que está en una mesa cercana, aunque no pueda alcanzarlo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
TOTAL EN MOTORA FINA				—



RESOLUCION DE PROBLEMAS

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. 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"/>	—
2. 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"/>	—
3. 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"/>	—
4. Al ponerle un juguete en la mano, ¿su bebé lo mira?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
5. Al ponerle un juguete en la mano, ¿su bebé se lo mete en la boca?	<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. ¿Su bebé mira sus propias manos? 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
2. Cuando tiene las manos juntas, ¿su bebé juega con los dedos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
3. 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"/>	—
4. Cuando Ud. le da de comer, ¿usa su bebé las dos manos para ayudarlo a sostener el biberón?, o cuando lo/la amamanta, ¿le toca el seno con la mano que le queda libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
5. Antes de que Ud. le sonría o le hable, ¿empieza su bebé a sonreírle al ver que Ud. está cerca?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
6. Cuando está delante de un espejo grande, ¿empieza su bebé a sonreír o a hacer sonidos? 	<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. Al ponerlo/la de pie, ¿su bebé pone los pies completamente planos sobre el suelo la mayoría de la veces? Si contesta "no", explique: SI NO

OBSERVACIONES GENERALES (continuación)

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

 SI NO

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

 SI NO

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

 SI NO

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

 SI NO

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

 SI NO

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

 SI NO



ASQ-3: Compilación de datos 4 meses

3 meses 0 días a
4 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). Sumo 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	34.60		●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○
Motora gruesa	38.41		●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○
Motora fina	29.62		●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○
Resolución de problemas	34.98		●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○
Socio-individual	33.16		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○

2. TRANSFERA 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. ¿Usa ambas manos y ambas piernas por igual?
Comentarios: | SÍ NO | 5. ¿Preocupaciones sobre la vista?
Comentarios: | SI No |
| 2. ¿Normalmente pone los pies completamente planos en el suelo?
Comentarios: | SÍ NO | 6. ¿Hay problemas de salud recientes?
Comentarios: | SI No |
| 3. ¿Preocupaciones porque no hace sonidos?
Comentarios: | SI No | 7. ¿Preocupaciones sobre comportamiento?
Comentarios: | SI No |
| 4. Historial: ¿Hay problemas auditivos en la familia?
Comentarios: | SI No | 8. ¿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						