

# CASTILLO VALLE PARA NIÑOS CLÍNICA

## Visita de mantenimiento de la salud

4 años a 5 años

Paciente Nombre \_\_\_\_\_

MR \_\_\_\_\_

**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
3/4 taza Leche	1/2 SM hamburguesa o 1/4 taza	1/4 taza cocido fruta o vegetal	3/4 - 1 rodaja pan de molde
3/4 taza yogur	atún	1/2 taza crudo Fruta o vegetal	1 taza frío cereal
3/4 taza de hielo	1/2 palillo de tambor	1/2 taza de jugo	1/2 taza cocido cereal
crema	1 huevo		4 graham galletas
2/3 taza cabaña queso	1 rodaja carne		1/2 taza de arroz, patatas, o fideos
1 onza queso	3 cucharada nueces, girasol semillas omaní manteca		

\_\_ # de porciones por día.

\_\_ # de porciones por d

\_\_ # de porciones por  
día.

\_\_ # de porciones por día.

2. Haga una lista de los bocadillos. \_\_\_\_

3. ¿Tiene su hijo problemas para comer?

sí No

### ELIMINACIÓN

4. ¿Tiene su hijo problemas para orinar, diarrea, estreñimiento, orinarse o ensuciarse los pantalones?

sí No

### COMPORTAMIENTO

5. ¿Su hijo se cepilla los dientes con pasta dental con flúor?

sí No

6. ¿Tiene su hijo algún problema para dormir?

sí No

7. Su hijo duerme desde las \_\_\_\_\_ de la tarde hasta la mañana.

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

sí No

9. ¿Qué haces cuando a tu hijo no le importa?

10. ¿Juega su hijo con otros niños de su edad?

sí No

11. ¿Su hijo se lleva bien con ellos?

sí No

### DESARROLLO

12. ¿Presta atención su hijo cuando le lee un cuento?

sí No

13. ¿Puede su hijo jugar tranquilamente solo durante más de 1/2 hora?

sí No

14. ¿Su hijo se preocupa por los adultos y sigue instrucciones?

sí No

15. ¿Habla su hijo lo suficientemente claro para que los demás lo entiendan?

sí No

16. ¿Su hijo se opone a que lo dejen con una niñera?

sí No

17. ¿Puede su hijo vestirse solo sin supervisión?

sí No

18. ¿Su hijo puede saltar sobre un pie?

sí No

19. ¿Su hijo puede lanzar bien una pelota?

sí No

20. ¿Nuestro hijo dibuja y colorea o pinta cuadros?

sí No

### ENFERMEDADES

21. Si su hijo está tomando algún medicamento, nómbrelos:

22. ¿Ha tenido su hijo alguna enfermedad grave o accidente desde la última revisión?

sí No

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

\_\_ dolores de cabeza

\_\_ Lesión en la cabeza o pérdida del conocimiento

\_\_ Convulsiones o convulsiones

\_\_ Problemas de audición

\_\_ Problemas de visión cruzada

\_\_ hemorragias nasales persistentes

\_\_ Congestión nasal frecuente

\_\_ Dolores de garganta por estreptococo

\_\_ problemas de dientes

\_\_ Sangrado/encías doloridas

\_\_ chuparse el dedo

\_\_ Problemas del habla

\_\_ Glándulas inflamadas

\_\_ Sibilancias o dificultad para respirar

\_\_ No puede seguir el ritmo de sus amigos cuando juega

\_\_ dolores de estomago

\_\_ Resfriados o tos frecuentes

\_\_ Anemia

\_\_ Huesos rotos o esguinces

\_\_ Articulaciones hinchadas o

dolorosas/cojera

\_\_ Pierde el equilibrio

\_\_ Alergias

\_\_ Erupciones en la piel u otros problemas

\_\_ depresión

\_\_ Aumento o pérdida de peso reciente

\_\_ Cambio reciente en el hogar/familia

\_\_ Accidentes/Lesiones

OBJETIVO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: \_\_\_\_\_

PLAN: (Lista de verificación de orientación anticipada en la página 1)

FIRMA: \_\_\_\_\_



# Ages & Stages Questionnaires®

45 meses 0 días a 50 meses 30 días

## Cuestionario de 48 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): \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

# 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. ¿Dice su niño los nombres de al menos tres cosas de una categoría de objetos ordinarios? Por ejemplo, si Ud. le dice "Dime algunas cosas que se pueden comer", ¿su niño menciona alimentos (como galletas, huevos, o pan)? O si Ud. le dice "Dime los nombres de algunos animales, ¿su niño menciona algún animal (como vaca, perro, elefante)?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 2. ¿Contesta su niña las siguientes preguntas? (Marque "a veces" si su niña responde a una sólo de las 2 preguntas.)<br><br>"¿Qué haces cuando tienes hambre?" (Las respuestas aceptables incluyen frases como "pido algo de comer", "como", y "hago un sandwich".) Por favor, escriba la respuesta de su niña:<br><br><div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; height: 60px; margin: 10px 0;"></div><br><br>"¿Qué haces cuando tienes sueño?" (Las respuestas aceptables incluyen frases como "me acuesto", "duermo", y "me siento".) Por favor escriba la respuesta de su niña:<br><br><div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; height: 60px; margin: 10px 0;"></div> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 3. ¿Su niño puede mencionar al menos dos características de objetos ordinarios? Por ejemplo, al decirle, "Dime algo sobre tu pelota", ¿dice su niño algo como "Es redonda", "La tiro", "Es grande"?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 4. Al formular sus palabras, ¿su niña usa terminaciones como "-é", "-ando", y "-s"? Por ejemplo, dice "Tiré la pelota", "Estoy jugando", o "Veo dos gatos".   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |

## COMUNICACION (continuación)

- |   | SI                    | A VECES               | TODAVIA NO            |   |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| 5. Sin hacer señas para ayudarlo ni repetir las instrucciones, ¿puede su niño llevar a cabo tres acciones <i>completamente diferentes</i> cuando Ud. se lo pide? Debe decirle las tres instrucciones antes de que él comience a hacerlas. Por ejemplo, le puede pedir, "Aplauda con las manos, camina hasta la puerta, y siéntate", o "Dame la pluma, abre el libro, y ponte de pie". | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 6. Al formar oraciones, ¿incluye su niña todas las palabras necesarias (como "un", "el", "la", "soy", "es", "está", y "son") para que sean completas? Por ejemplo dice: "Voy al parque", "¿Dónde está el juguete?" o "¿Vas a venir también?"  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| <b>TOTAL EN COMUNICACION</b>  |                       |                       |                       | — |

## MOTORA GRUESA

- |   | SI  | A VECES               | TODAVIA NO            |   |
|---|---|-----------------------|-----------------------|---|
| 1. Cuando Ud. le lanza una pelota grande, ¿su niño la agarra con las dos manos? <i>(Ud. debe situarse a unos 5 pies, o 1.5 metros, de su niño y darle dos o tres oportunidades para hacer la actividad antes de marcar la respuesta.)</i>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
|   |    |                       |                       |   |
| 2. En el parque infantil, ¿puede su niña subir los escalones de la resbaladilla para llegar a lo alto y después deslizarse sin ayuda?   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 3. Al estar de pie, ¿lanza una pelota hacia adelante, tirándola en la dirección de una persona que está a una distancia de al menos 6 pies (2 metros)? Su niño debe <i>levantar el brazo</i> a la altura del hombro para lanzarla. <i>(Marque "todavía no" si la deja caer o si la tira desde la altura de la cintura.)</i> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
|   |  |                       |                       |   |
| 4. ¿Brinca con un solo pie (ya sea el izquierdo o el derecho) al menos una vez sin perder el equilibrio o caerse?   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 5. Empezando de pie y con los dos pies juntos, ¿su niña brinca una distancia de 20 pulgadas (medio metro)?  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 6. Sin apoyarse en ningún objeto, ¿se para en un solo pie al menos por 5 segundos sin perder el equilibrio y sin bajar el otro pie para apoyarse? <i>(Ud. puede darle dos o tres oportunidades para hacer la actividad antes de marcar la respuesta.)</i>   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
|   |  |                       |                       |   |
| <b>TOTAL EN MOTORA GRUESA</b>   |   |                       |                       | — |

## MOTORA FINA

- |  | SI                    | A VECES               | TODAVIA NO            |   |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| 1. ¿Puede armar un rompecabezas de cinco a siete piezas que se conectan entre sí? <i>(Si Ud. no tiene disponible un rompecabezas, tome una fotografía grande de una revista y córtela en 6 piezas.)</i> ¿Puede reconstruir la imagen, juntando las piezas? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |

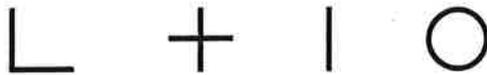
**MOTORA FINA** *(continuación)*

2. Usando tijeras para niños, ¿puede su niño cortar un papel a la mitad, manteniendo una línea bastante recta y abriendo y cerrando las tijeras? *(Por razones de seguridad, vigile cuidadosamente a su niño cuando usa las tijeras.)*



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

3. Usando de modelo las figuras de abajo, ¿copia su niño al menos tres de ellas en un papel grande con un lápiz, una crayola, o una pluma sin usar papel transparente o dibujar encima de las figuras? *(Los dibujos deben parecerse a las figuras, aunque puedan ser de un tamaño diferente.)*



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

4. ¿Desabotona su niño uno o más botones? Puede usar su propia ropa o la de una muñeca.

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

5. ¿Hace dibujos de personas incluyendo al menos tres de las siguientes características: la cabeza, los ojos, la nariz, la boca, el cuello, el pelo, el tronco, los brazos o las manos, las piernas, o los pies?

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

6. ¿Colorea generalmente sin salirse de la raya, ya sea una figura en un libro para colorear o un círculo de 2 pulgadas (5 centímetros) que Ud. trace? *(Su niña no debe salirse mas de 1/4 de pulgada, o un centímetro, fuera de la raya en la mayor parte del dibujo.)*

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

TOTAL EN MOTORA FINA —

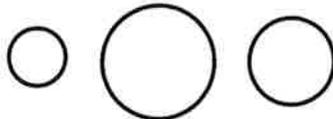
**RESOLUCION DE PROBLEMAS**

1. Si Ud. le dice a su niño: "Di 'cinco, ocho, tres'", ¿repite él *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 niño 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"/>

2. Si Ud. le pregunta, "¿Cuál círculo es el más pequeño?" ¿apunta su niña al círculo correcto? *(Haga esta pregunta sin ayudarle a través de señas o gestos que le puedan indicar cuál es el círculo más pequeño.)*

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



3. Sin darle ayuda por medio de señas, ¿puede llevar a cabo tres instrucciones diferentes que contengan las palabras "debajo", "entre", y "el centro"? Por ejemplo, pídale que ponga el zapato "debajo del sofá." Luego, pídale que ponga la pelota "entre las sillas" y el libro "al centro de la mesa".

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

4. Si Ud. le muestra diferentes objetos y le pregunta a su niño, "¿De qué color es esto?" ¿dice los nombres de cinco colores diferentes, como rojo, azul, amarillo, anaranjado, negro, blanco, o rosado? *(Marque "sí" solamente si contesta la pregunta correctamente mencionando al menos cinco colores.)*

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

**RESOLUCION DE PROBLEMAS** *(continuación)*

- |  | SI                    | A VECES               | TODAVIA NO            |   |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| 5. ¿Se disfraza y actúa imaginando ser alguien o algo diferente? Por ejemplo, se viste con ropa diferente y se imagina que es la mamá, el papá, el hermano, la hermana, un animal, o cualquier otro ser imaginario?          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 6. Si Ud. pone cinco objetos delante de su niña, ¿los puede contar diciendo "uno, dos, tres, cuatro, cinco" en el orden correcto? <i>(Haga esta pregunta sin ayudarle, hacer señas, o decir los nombres de los objetos.)</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| <b>TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS</b>  |                       |                       |                       | — |

**SOCIO-INDIVIDUAL**

- |   | SI                    | A VECES               | TODAVIA NO            |   |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| 1. ¿Usa cubiertos para servirse comida, sacándola de un recipiente y poniéndola en otro? Por ejemplo, ¿su niño puede usar una cuchara grande para sacar puré de manzana de un recipiente y ponerlo en un plato hondo?                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 2. ¿Puede su niña decirle por lo menos cuatro de los siguientes datos? Por favor, marque los datos que su niña le dice correctamente.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| <input type="radio"/> a. Su nombre <input type="radio"/> d. Su apellido<br><input type="radio"/> b. Su edad <input type="radio"/> e. Si es niño o niña<br><input type="radio"/> c. La ciudad en que vive <input type="radio"/> f. Su número de teléfono |                       |                       |                       |   |
| 3. ¿Se lava las manos con agua y jabón y después se seca sin ayuda?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 4. ¿Puede decir los nombres de al menos dos compañeros de juego, sin incluir a los hermanos? <i>(Pregúntele quiénes son sus amigos sin mencionar el nombre de ninguno de ellos.)</i>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 5. ¿Se lava los dientes poniendo pasta de dientes en el cepillo y cepillándose todos los dientes sin ayuda? <i>(Responda "sí" aunque Ud. tenga que revisar que su niña se haya lavado bien y/o cepillarle de nuevo los dientes.)</i>                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 6. ¿Se viste o se desviste su niño sin ayuda? <i>(Sin tomar en cuenta subir/bajar cierres [cremalleras], abotonar/desabotonar, abrochar/desabrochar.)</i>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| <b>TOTAL EN SOCIO-INDIVIDUAL</b>  |                       |                       |                       | — |

**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. ¿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

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

**OBSERVACIONES GENERALES** (continuación)

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	30.72		●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○
Motora gruesa	32.78		●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○
Motora fina	15.81		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○
Resolución de problemas	31.30		●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○
Socio-individual	26.60		●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○

2. **TRANSFERIA 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?<br>Comentarios:                                       | SÍ NO | 6. Historial: ¿Hay problemas auditivos en la familia?<br>Comentarios: | SI No |
| 2. ¿Habla como otros niños de su edad?<br>Comentarios:              | SÍ NO | 7. ¿Preocupaciones sobre la vista?<br>Comentarios:                    | SI No |
| 3. ¿Ud. entiende lo que dice su niño/a?<br>Comentarios:             | SÍ NO | 8. ¿Hay problemas de salud recientes?<br>Comentarios:                 | SI No |
| 4. ¿Otras personas entienden lo que dice su niño/a?<br>Comentarios: | SÍ NO | 9. ¿Preocupaciones sobre comportamiento?<br>Comentarios:              | SI No |
| 5. ¿Camina, corre, y trepa como otros niños?<br>Comentarios:        | SÍ NO | 10. ¿Otras preocupaciones?<br>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						