

# 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®

57 meses 0 días a 66 meses 0 días

## Cuestionario de 60 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. 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"/> | _____ |
| 2. ¿Usa su niña oraciones de cuatro y cinco palabras? Por ejemplo, ¿dice su niña, "Quiero el coche verde", o "Quiero ponerme el suéter rojo"? Por favor, escriba un ejemplo:   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; height: 60px; width: 100%;"></div>   |                       |                       |                       |       |
| 3. Al hablar de algo que ya ha pasado, ¿usa su niño el tiempo pasado de los verbos (con terminaciones como -é, -aste, -ió, -ieron, etc.) como <i>camínaron, jugué, o brincamos</i> ? Hágle preguntas a su niño como, "¿Cómo te fuiste a la tienda?" ("Caminé".) "¿Qué hiciste en la casa de tus amigas?" ("Jugamos a las muñecas".) Por favor, escriba un ejemplo:   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; height: 60px; width: 100%;"></div>   |                       |                       |                       |       |
| 4. ¿Usa su niña palabras comparativas, como "más pesado que", "más fuerte que", o "más bajo que"? Haga frases que incluyan una comparación y pídale a su niña que complete la frase. Por ejemplo, "Un auto es grande, pero un autobús es" _____ (más grande); "Un gato es pesado, pero un hombre es" _____ (más pesado); "Un televisor es pequeño, pero un libro es" _____ (más pequeño). Por favor, escriba un ejemplo: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; height: 60px; width: 100%;"></div>   |                       |                       |                       |       |

**COMUNICACION** *(continuación)*

5. ¿Contesta su niño las siguientes preguntas? (Marque "a veces" si su niño responde a una sola de las 2 preguntas.)

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

"¿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 niño:

"¿Qué haces cuando tienes sueño?" (Las respuestas aceptables incluyen frases como "me acuesto", "duermo", y "me siento".) Por favor escriba la respuesta de su niño:

6. ¿Puede repetir su niña las siguientes oraciones sin cometer errores? (Lea las oraciones en voz alta una por una. Ud. puede repetir cada oración una vez. Marque "sí" si su niña repite ambas oraciones sin errores o "a veces" si su niña sólo repite una oración sin errores.)

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

Juanita esconde sus zapatos para que María los encuentre.  
Miguel leyó el libro azul debajo de la cama.

TOTAL EN COMUNICACION \_\_\_\_\_

**MOTORA GRUESA**

1. Al estar de pie, ¿su niño 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 levantar el brazo a la altura del hombro para lanzarla. (Marque "todavía no" si la deja caer o si la tira desde la altura de la cintura.)



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

2. Cuando Ud. le lanza una pelota grande, ¿su niño la agarra con las dos manos? (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.)



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

3. 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? (Ud. puede darle dos o tres oportunidades para hacer la actividad antes de marcar la respuesta.)



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

**MOTORA GRUESA** *(continuación)*

- 4. ¿Puede su niño andar de puntas una distancia de 15 pies (aproximadamente la longitud de un auto grande)? *(Ud. puede demostrarle cómo hacerlo.)*
- 5. ¿Puede su niña saltar hacia adelante con un pie una distancia de 4-6 pies (1,5-2 metros) sin bajar el otro pie? *(Ud. le puede dar dos oportunidades con cada pie. Marque "a veces" si su niña puede saltar con uno de los pies, pero no con el otro.)*
- 6. ¿Puede su niño brincar alternando cada pie? *(Ud. puede demostrarle cómo.)*

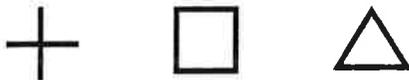
SI	A VECES	TODAVIA NO	_____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
TOTAL EN MOTORA GRUESA			_____

**MOTORA FINA**

- 1. Pídale a su niña que trace sobre la línea de abajo con un lápiz. ¿Puede trazar la línea sin salirse de la raya más de dos veces? *(Marque "a veces" si su niña se sale de la raya tres veces.)*



- 2. Pídale a su niño que haga un dibujo de una persona en un papel en blanco. Ud. puede decirle: "Hazme un dibujo de un chico o de una chica". Si su niño dibuja una persona con cabeza, cuerpo, brazos, y piernas, marque "sí". Si su niño dibuja una persona incluyendo solamente tres partes del cuerpo (cabeza, tronco, brazos, o piernas), marque "a veces". Si su niño dibuja una persona incluyendo dos partes o menos del cuerpo (cabeza, tronco, brazos, o piernas), marque "todavía no". Asegúrese de entregar la hoja con el dibujo que hizo con este cuestionario.
- 3. Dibuje una línea en una hoja de papel. Usando tijeras para niños, ¿puede su niña cortar el papel a la mitad, siguiendo (más o menos) una línea recta y haciendo que las tijeras se abran y se cierren? *(Por razones de seguridad, observe a su niña cuidadosamente mientras hace esta actividad.)*
- 4. Usando las siguientes figuras como modelos, ¿puede su niño copiar las figuras en el espacio proporcionado abajo sin trazarlas por encima? *(Sus dibujos deben parecerse a los modelos, aunque pueden ser de diferentes tamaños. Marque "sí" si puede copiar las tres figuras; marque "a veces" si puede copiar solamente dos.)*



(Espacio para las figuras de su niño)

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"/>	_____

**MOTORA FINA** *(continuación)*

5. Usando las siguientes letras como modelos, ¿puede su niña copiar las letras sin trazarlas por encima? Cubra todas las letras menos la letra que está copiando. (Marque "sí" si su niña puede copiar cuatro de las letras y Ud. puede reconocerlas. Marque "a veces" si puede copiar dos o tres letras y Ud. puede leerlas.)

**V H T C A**

(Espacio para las letras de su niña)

6. Escriba con letra de molde el nombre de su niño. ¿Puede él copiar las letras? Las letras que haga su niño pueden ser de diferentes tamaños, estar invertidas, o al revés. (Marque "a veces" si su niño copia cerca de la mitad de las letras.)

(Espacio para las letras de Ud.)

(Espacio para las letras de su niño)

SI                      A VECES                      TODAVIA NO                      —

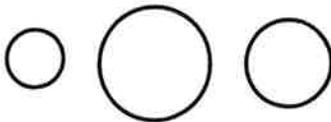
                                                                 —

                                                                 —

TOTAL EN MOTORA FINA                      —

**RESOLUCION DE PROBLEMAS**

1. 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.)



2. 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.)

SI                      A VECES                      TODAVIA NO                      —

                                                                 —

                                                                 —

**RESOLUCION DE PROBLEMAS** (continuación)

- |  | SI                    | A VECES               | TODAVIA NO            |   |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| 3. ¿Puede su niña contar hasta 15 sin errores? Si puede hacerlo, marque "sí". Si su niña cuenta hasta 12 sin errores, marque "a veces".  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 4. ¿Puede su niño completar las siguientes oraciones usando una palabra que significa lo opuesto de la palabra que está en cursiva? Por ejemplo: "Una piedra es <i>dura</i> , y una almohada es <i>blanda (suave)</i> ". | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |

Escriba las respuestas de su niño en los espacios provistos:

Una vaca es *grande*, y un ratón es

El hielo es *frío*, y el fuego es

Vemos las estrellas durante la *noche*, y vemos el sol durante el

Cuando tiro una pelota hacia *arriba*, se cae hacia

*(Marque "sí" si su niño puede completar tres de las cuatro oraciones correctamente. Marque "a veces" si completa dos de las cuatro oraciones correctamente.)*

- |  |                       |                       |                       |   |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| 5. ¿Sabe su niña los nombres de los números? <i>(Marque "sí" si puede identificar los tres números de abajo. Marque "a veces" si puede identificar dos números.)</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|

3      1      2

- |  |                       |                       |                       |   |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| 6. ¿Puede su niño nombrar por lo menos cuatro letras en su nombre? Apunte a las letras y pregúntele, "¿Qué letra es ésta?" <i>(Apunte a las letras pero fuera de orden.)</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|

TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS —

**SOCIO-INDIVIDUAL**

- |   | SI   | A VECES               | TODAVIA NO            |   |
|---|--|-----------------------|-----------------------|---|
| 1. ¿Usa cubiertos para servirse comida, sacándola de un recipiente y poniéndola en otro? Por ejemplo, ¿su niña 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. ¿Se lava las manos con agua y jabón y después se seca sin ayuda?   | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 3. ¿Puede su niño decirle por lo menos cuatro de los siguientes datos? Por favor, marque los datos que su niño le dice correctamente.   | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| <input type="radio"/> a. Su nombre  | <input type="radio"/> d. Su apellido           |                       |                       |   |
| <input type="radio"/> b. Su edad  | <input type="radio"/> e. Si es niño o niña     |                       |                       |   |
| <input type="radio"/> c. La ciudad en que vive  | <input type="radio"/> f. Su número de teléfono |                       |                       |   |

**SOCIO-INDIVIDUAL** (continuación)

- |  | SI                    | A VECES               | TODAVIA NO            | — |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| 4. ¿Su niña se viste y se desviste sin ayuda, abotonando botones de tamaño mediano y subiendo o bajando cierres (cremalleras) que se encuentren en la parte frontal de la ropa?            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 5. ¿Puede su niño ir al baño solo? (Esto incluye ir al baño, sentarse en el excusado/inodoro, limpiarse, y jalarle al baño.) Marque "sí" aunque lo haga después de que Ud. se lo recuerda. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 6. ¿Su niña usualmente comparte cosas con otros niños/niñas y espera su turno cuando hace actividades con otros?   | <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

**OBSERVACIONES GENERALES** (continuación)

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

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	33.19		●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○
Motora gruesa	31.28		●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○
Motora fina	26.54		●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○
Resolución de problemas	29.99		●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○
Socio-individual	39.07		●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○

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