

# 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®

5 meses 0 días a 6 meses 30 días

## Cuestionario de 6 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:

### Notas:

- 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:  
\_\_\_\_\_

---



---



---



---



---

## COMUNICACION

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. ¿Hace chillidos agudos su bebé?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
2. Al experimentar con sonidos, ¿su bebé hace sonidos de tono bajo, como gruñir o rugir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
3. Si Ud. llama a su bebé cuando ella no lo/la puede ver, ¿voltea la cabeza en la dirección de su voz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
4. Cuando escucha un ruido fuerte, ¿su bebé voltea a ver de dónde viene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
5. ¿Hace su bebé sonidos como "da", "ga", "ka", y "ba"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
6. Si Ud. imita los sonidos que hace su bebé, ¿ella los repite?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
TOTAL EN COMUNICACION				___

## MOTORA GRUESA

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. Al estar acostado boca arriba, ¿levanta su bebé las piernas lo suficiente para poder verse los pies?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
2. ¿Cuando está boca abajo, estira los dos brazos y levanta todo el pecho de la cama o del suelo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
3. Cuando está acostada boca arriba, ¿su bebé puede darse la vuelta para estar boca abajo, sacando los brazos hacia los lados del cuerpo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
4. Cuando Ud. sienta a su bebé en el suelo, ¿él usa las manos para apoyarse? (Si su bebé ya puede sentarse sin apoyarse con las manos, marque "sí" en esta pregunta.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___



## MOTORA GRUESA (continuación)

5. Si Ud. agarra las manos de su bebé para ayudarle a mantener el equilibrio, ¿ella puede sostener su propio peso mientras está de pie?



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

6. ¿Puede su bebé ponerse en la postura para gatear apoyándose en las manos y en las rodillas?



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

TOTAL EN MOTORA GRUESA \_\_\_\_\_

## MOTORA FINA

1. ¿Toma su bebé un juguete que se le ofrece, lo mira, lo agita, o lo muerde por aproximadamente un minuto?

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

2. ¿Su bebé extiende las dos manos a la vez para agarrar un juguete?

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

3. ¿Extiende la mano para tomar una migaja de pan o un Cheerio (cereal de desayuno) y/o lo toca con el dedo o la mano? *(Si su bebé ya puede agarrar un objeto pequeño, marque "sí" en esta pregunta.)*



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

4. ¿Puede agarrar un juguete pequeño y tenerlo en la palma de la mano, sujetándolo con los dedos?



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

5. ¿Intenta agarrar una migaja de pan o un Cheerio (cereal de desayuno) usando el dedo pulgar y todos los demás dedos, haciendo un movimiento como de rastrillo, incluso si no puede agarrarlo? *(Si ya puede agarrar una migaja o un Cheerio de esta manera, marque "sí" en esta pregunta.)*



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

6. ¿Agarra un juguete pequeño con una sola mano?



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

TOTAL EN MOTORA FINA \_\_\_\_\_

## RESOLUCION DE PROBLEMAS

1. Cuando hay un juguete enfrente de su bebé, ¿intenta alcanzarlo usando las dos manos?

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

2. Cuando está boca arriba, ¿vuelve la cabeza para buscar un juguete cuando lo deja caer? *(Si al dejarlo caer ya puede recogerlo, marque "sí" en esta pregunta.)*

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

3. Al estar boca arriba, ¿su bebé intenta agarrar un juguete que se le cayó si lo puede ver?

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

## RESOLUCION DE PROBLEMAS

(continuación)

4. ¿Su bebé agarra un juguete y se lo mete en la boca?



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

5. ¿Se pasa un juguete de una mano a la otra?



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

6. ¿Juega golpeando un juguete contra el suelo o contra la mesa?



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

TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS —

## SOCIO-INDIVIDUAL

1. Cuando está delante de un espejo grande, ¿empieza su bebé a sonreír o a hacer sonidos?



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

2. ¿Se comporta de una manera distinta con personas desconocidas que con Ud. o con otras personas que conoce? (Reacciones a desconocidos pueden incluir mirarlos fijamente, fruncir el ceño, retraerse, o llorar.)

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

3. Al estar boca arriba, ¿intenta jugar agarrándose el pie?



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

4. Al estar delante de un espejo grande, ¿intenta tocar el espejo con las manos?



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

5. Al estar boca arriba, ¿su bebé intenta meterse el pie en la boca?



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

6. ¿Intenta agarrar un juguete que no puede alcanzar? (Puede que intente darse la vuelta, girar el tronco estando boca abajo, o gatear para agarrarlo.)

<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. ¿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

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

**OBSERVACIONES GENERALES** (continuación)

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 6 meses

5 meses 0 días a  
6 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	29.65		●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○
Motora gruesa	22.25		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○
Motora fina	25.14		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○
Resolución de problemas	27.72		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○
Socio-individual	25.34		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○

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