



Examen de Niño Sano: Visita de 9 meses

Nombre de su hijo(a): _____

¿Tiene usted alguna preocupación sobre el comportamiento, aprendizaje o el desarrollo de su hijo(a)? Por favor describa:

¿Toma su bebé algún medicamento(s), suplemento(s) o vitamina(s)?

Por favor indique.

No

Sí: _____

¿Su bebé tiene alergias a la comida o medicamentos? Por favor indique.

No

Sí: _____

¿Le preocupa la audición/visión de su bebé?

No

Sí: _____

¿Su bebé ve a algún especialista fuera de ORP?

No

Sí: _____

¿Su agua contiene fluoruro? (El agua de la ciudad contiene fluoruro)

Sí

No

Nutrición:

¿Su bebé toma leche materna, fórmula fortificada con hierro o ambos? Leche Materna Fórmula Ambos

Si le está dando biberones a su bebé, ¿Cuántas onzas toma su hijo en 24 horas? _____

¿Tu bebé ha empezado a comer purés? Sí Todavía no

En caso afirmativo, marque con un círculo los alérgenos que ha probado:

lácteos huevo pescado trigo mantequilla de maní y mantequilla de nuez

Desarrollo: ¿Tu bebé...

Muestra varias expresiones como feliz, triste, enojado, sorprendido?	Sí	No
Se vuelve tímido o temeroso con extraños?	Sí	No
Mira cuando lo llamas por su nombre?	Sí	No
Reacciona cuando te vas? (Te mira, alcanza o llora por ti)	Sí	No
Sonríe o ríe cuando juegas al escondite?	Sí	No
Hace diferentes sonidos como mamamamama o bababababa?	Sí	No
Levanta los brazos para que lo levanten?	Sí	No
Busca objetos cuando se le cae fuera de la vista? (como una cuchara o un juguete)	Sí	No
Choca 2 cosas juntas	Sí	No
Se sienta solo y sin apoyo?	Sí	No

Usa sus dedos para llevar la comida hacia sí mismo?	Sí	No
Mueve cosas de una mano a la otra?	Sí	No

Vida Social:

¿Quién vive en casa con su hijo? _____

Son los padres: soltero casado divorciado separado viudo

¿Quién cuida de su hijo durante el día? _____

¿Han habido cambios importantes en la vida de su bebé o de su familia? No Sí: _____

¿Tiene planes de viaje internacional antes del primer cumpleaños de su hijo con su hijo?

En caso afirmativo, ¿cuándo y dónde? _____

¿Está contento con el sueño de su hijo?	Sí	No
¿Alguien fuma o vapea en su casa?	No	Sí
¿Hay un televisor, una computadora, una tableta, o un teléfono prendido cuando su bebé está en el cuarto?	No	Sí
¿Tu bebé juega en una tableta, un teléfono o ve la televisión?	No	Sí
¿Tiene una rutina diaria para la alimentación, las siestas y la hora de acostarse?	Sí	No
¿Tu bebé está aprendiendo a dormirse solo?	Sí	No
¿Usted y su bebé disfrutan de actividades tranquilas como leer, cantar o salir a caminar?	Sí	No
¿Tu bebé toma de una vaso de bebé?	Sí	No
¿Tu bebé come solo?	Sí	No
¿Dejas que tu bebé decida cuánto comer?	Sí	No
¿El bebé siempre duerme en una cuna o moisés?	Sí	No
¿Su bebé está sujetado de forma segura en una silla de niños en el carro? ¿Está orientada mirando hacia atrás en el asiento trasero?	Sí	No
¿Siempre te mantienes al alcance de tu bebé cuando está en el cambiador, en la cama o cerca del agua?	Sí	No
¿Mantiene los productos de limpieza, los productos químicos y los medicamentos encerrado y fuera de la vista y el alcance de su bebé?	Sí	No
¿Tiene una puerta en la parte superior e inferior de todas las escaleras de su casa?	Sí	No
¿Es la vivienda permanente una preocupación para usted?	No	Sí

¿Tiene las cosas que necesita para cuidar a su bebé, como una cuna, una silla para niños en el carro y pañales?	Sí	No
¿Su casa tiene suficiente calefacción, agua caliente y electricidad?	Sí	No
¿Tiene seguro médico para usted y su bebé?	Sí	No
En los últimos 12 meses, ¿alguna vez le preocupó si su comida se acabaría antes de tener dinero para comprar más?	No	Sí
¿Su pareja o alguien importante en su vida alguna vez le ha golpeado, pateado o empujado, o la ha lastimado físicamente a usted o al bebé?	No	Sí

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. ¿Hace su bebé sonidos como "da", "ga", "ka", y "ba"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
2. Si Ud. imita los sonidos que hace su bebé, ¿ella los repite?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
3. ¿Puede hacer dos sonidos similares como "ba-ba", "da-da", o "ga-ga"? (No es necesario que los sonidos tengan significado.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
4. Cuando Ud. se lo pide, ¿puede su bebé jugar a algún juego infantil sin que Ud. se lo demuestre primero (por ejemplo, decir adiós, esconderse tapándose los ojos, aplaudir, o indicar que tan grande es algo)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
5. ¿Sigue su bebé instrucciones sencillas, como por ejemplo, "ven acá", dámelo", o devuélvelo" sin que Ud. le haga gestos para que entienda lo que le está pidiendo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
6. ¿Dice su bebé tres palabras como "mamá", "dada", y "baba"? (Una "palabra" se define como un sonido o un grupo de sonidos que siempre repite su bebé al referirse a alguien o a alguna cosa concreta.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
TOTAL EN COMUNICACION				___

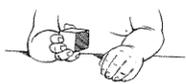
MOTORA GRUESA

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. Si Ud. agarra las manos de su bebé para ayudarle a mantener el equilibrio, ¿él puede sostener su propio peso mientras está de pie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
				
2. Al estar sentado en el suelo, ¿su bebé puede sentarse derecho por varios minutos sin usar las manos para apoyarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
				

MOTORA GRUESA (continuación)

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
3. Al ponerla de pie cerca de los muebles de la casa o de la cuna, ¿su bebé puede agarrarse a los muebles sin que se apoye también con el pecho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
				
4. Al estar agarrado a un mueble, ¿puede su bebé agacharse para recoger un juguete del suelo y después volver a ponerse de pie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
				
5. Al estar agarrada a un mueble, ¿puede agacharse, manteniendo el control (sin caerse al suelo)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
6. ¿Camina por la casa su bebé, agarrándose a los muebles con una sola mano?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
TOTAL EN MOTORA GRUESA				—

MOTORA FINA

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. ¿Agarra un juguete pequeño con una sola mano?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
				
2. ¿Su bebé logra 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? (Si ya puede agarrar una migaja o un Cheerio, marque "sí" en esta pregunta.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
				
3. ¿Puede agarrar un juguete pequeño con las yemas del pulgar y de los demás dedos? (Debe haber un espacio entre el juguete y la palma de la mano.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
				
4. Después de intentarlo una o dos veces, ¿puede agarrar su bebé un segmento de cuerda con los dedos índice y pulgar? (La cuerda puede estar atada a un juguete.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
				
5. ¿Puede agarrar una migaja de pan o un Cheerio (cereal de desayuno) con las yemas de los dedos (índice y pulgar)? Puede apoyar el brazo o la mano en la mesa mientras que lo hace.*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	— *
				
6. ¿Puede poner un juguete pequeño en la mesa (en el sofá o en el suelo), sin dejarlo caer, y después levantar la mano de encima del juguete?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
TOTAL EN MOTORA FINA				—

*Si marcó "sí" o "a veces" en la pregunta 5, marque "sí" en la pregunta 2.

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 9 meses

9 meses 0 días a
9 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. Califíque 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	13.97		●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Motora gruesa	17.82		●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Motora fina	31.32		●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○
Resolución de problemas	28.72		●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○
Socio-individual	18.91		●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○

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. ¿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? | 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						