

ASQ 4-Month Questionnaire Spanish

(Date of Service: 11/17/2022)



Cuestionario de 4 meses
3 meses 0 días a 4 meses 30 días

Fecha en que se completó el cuestionario:

Información del bebé

Nombre del bebé:

Inicial del 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:

Información de la persona que está llenando este cuestionario

Nombre:

Inicial de su segundo nombre:

Apellido(s):

Dirección:

Parentesco con el bebé:

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:

INFORMACION DEL PROGRAMA

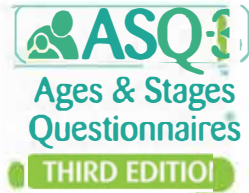
de identificación del bebé:

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:



Cuestionario de 4 meses
3 meses 0 días a 4 meses 30 días

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.

COMUNICACION

1. ¿Su bebé se ríe haciendo sonidos, como produciendo una suave carcajada? A VECES SI TODAVIA NO
2. Cuando Ud. regresa después de haberse ausentado brevemente, ¿su bebé sonrío o ríe alguna emoción al verlo/la? A VECES SI TODAVIA NO
3. ¿Deja de llorar su bebé cuando escucha la voz de una persona que no sea Ud.? A VECES SI TODAVIA NO
4. ¿Hace chillidos agudos su bebé? A VECES SI TODAVIA NO
5. ¿Se ríe su bebé? A VECES SI TODAVIA NO
6. ¿Hace sonidos su bebé al ver juguetes o al mirar a personas? A VECES SI TODAVIA NO


TOTAL EN COMUNICACION

MOTORA GRUESA

1. Cuando su bebé está acostado boca arriba, ¿mueve la cabeza de un lado para otro? A VECES SI TODAVIA NO
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? A VECES SI TODAVIA NO
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? A VECES SI TODAVIA NO 
4. Al estar boca abajo, ¿su bebé levanta la cabeza y mira a su alrededor? (Puede apoyarse con los brazos al hacerlo.) A VECES SI TODAVIA NO 
5. Al sentar a su bebé sujetándolo con las manos, ¿puede sostener la cabeza? A VECES SI TODAVIA NO
6. Cuando su bebé está boca arriba, ¿junta las manos sobre su pecho, tocándose los dedos? A VECES SI TODAVIA NO 

TOTAL EN MOTORA GRUESA

MOTORA FINA

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)? A VECES SI TODAVIA NO 
2. Cuando Ud. le pone un juguete en la mano, ¿su bebé lo mueve de un lado para otro, al menos por unos momentos? A VECES SI TODAVIA NO

3. ¿Su bebé intenta agarrar o jalar su propia ropa? A VECES SI TODAVIA NO
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? A VECES SI TODAVIA NO
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? A VECES SI TODAVIA NO
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? A VECES SI TODAVIA NO

TOTAL EN MOTORA FINA



RESOLUCION DE PROBLEMAS

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? A VECES SI TODAVIA NO
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? A VECES SI TODAVIA NO
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? A VECES SI TODAVIA NO
4. Al ponerle un juguete en la mano, ¿su bebé lo mira? A VECES SI TODAVIA NO
5. Al ponerle un juguete en la mano, ¿su bebé se lo mete en la boca? A VECES SI TODAVIA NO
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? A VECES SI TODAVIA NO



TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS

SOCIO-INDIVIDUAL

1. ¿Su bebé mira sus propias manos? A VECES SI TODAVIA NO 
2. Cuando tiene las manos juntas, ¿su bebé juega con los dedos? A VECES SI TODAVIA NO
3. Cuando su bebé ve el pecho o el biberón, ¿parece saber que le van a dar de comer? A VECES SI TODAVIA NO
4. Cuando Ud. le da de comer, ¿usa su bebé las dos manos para ayudarle a sostener el biberón?, o cuando lo/la amamanta, ¿le toca el seno con la mano que le queda libre? A VECES SI TODAVIA NO
5. Antes de que Ud. le sonría o le hable, ¿empieza su bebé a sonreírle al ver que Ud. está cerca? A VECES SI TODAVIA NO
6. Cuando está delante de un espejo grande, ¿empieza su bebé a sonreír o a hacer sonidos? A VECES SI TODAVIA NO 

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: Sí 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: Sí No

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

4. ¿Tiene algún familiar con historia de sordera o cualquier otro impedimento auditivo? Si contesta "sí", explique: Sí No

5. ¿Tiene Ud. alguna preocupación sobre la visión de su bebé? Si contesta "sí", explique: Sí No

6. ¿Ha tenido su bebe algun problema de salud en los ultimos meses? si contesta "si", explique: Sí No

7. ¿Tiene alguna preocupación sobre el comportamiento de su bebé? Si contesta "sí", explique: Sí No

8. ¿Le preocupa algún aspecto del desarrollo de su bebé? Si contesta "sí", explique: Sí No

PLEASE CLICK HERE TO TO SUBMIT YOUR FORM



4 Month Questionnaire
3 months 0 days through 4 months 30 days

Baby's name:

Date ASQ completed:

Baby's ID #:

Date of birth:

Administering program/provider:

Was age adjusted for prematurity when selecting questionnaire? Yes No

1. SCORE AND TRANSFER TOTALS TO CHART BELOW: See ASQ-3 *User's Guide* for details, including how to adjust scores if item response missing. Score each item (YES = 10, SOMETIMES = 5, NOT YET = 0). Add item scores, and record each area total. In the chart below, transfer the total scores, and fill in the circles corresponding with the total scores.

<u>Area</u>	<u>Total Score</u>	
Communication:		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 55 <input type="checkbox"/> 60
Gross Motor:		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 55 <input type="checkbox"/> 60
Fine Motor:		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 55 <input type="checkbox"/> 60
Problem Solving:		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 55 <input type="checkbox"/> 60
Personal-Social:		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 55 <input type="checkbox"/> 60

2. TRANSFER OVERALL RESPONSES: Bolded uppercase responses require followup. See ASQ-3 *User's Guide*, Chapter 6.

- | | | |
|---|--|------------------|
| 1. Uses both hands and both legs equally well? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Comments: |
| 2. Feet are flat on the surface most of the time? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Comments: |
| 3. Concerns about not making sounds? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Comments: |
| 4. Family history of hearing impairment? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Comments: |
| 5. Concerns about vision? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Comments: |
| 6. Any medical problems? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Comments: |
| 7. Concerns about behavior? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Comments: |
| 8. Other concerns? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Comments: |

3. ASQ SCORE INTERPRETATION AND RECOMMENDATION FOR FOLLOW-UP: You must consider total area scores, overall responses, and other considerations, such as opportunities to practice skills, to determine appropriate follow-up.

If the baby's total score is in the [XXX] area, it is above the cutoff, and the baby's development appears to be on schedule.

If the baby's total score is in the [XXX] area, it is close to the cutoff. Provide learning activities and monitor.

If the baby's total score is in the [XXX] area, it is below the cutoff. Further assessment with a professional may be needed.

4. FOLLOW-UP ACTION TAKEN: Check all that apply.