

ASQ 2-Month Questionnaire Spanish

(Date of Service: 11/17/2022)



Cuestionario de 2 meses
1 meses 0 días a 2 meses 30 días

Fecha en que se completó el cuestionario:

Información del bebé

Nombre del bebé:

Fecha de nacimiento del bebe:

Inicial de su segundo nombre:

Para bebés prematuros, si el parto ocurrió 3 semanas o más antes de la fecha proyectada, # de semanas que se adelantó:

Apellido(s) del bebé:

Sexo del bebe:

Información de la persona que está llenando este cuestionario

Nombre:

Dirección:

Ciudad:

País:

Inicial de su segundo nombre:

Parentesco con el bebé:

Estado/Provincia:

de teléfono de casa:

Apellido(s):

ZIP / código postal:

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:

de identificación del programa:

Nombre del programa:

Edad al realizar la evaluación ASQ, en meses y días:

Si es bebé prematuro/a, edad ajustada, en meses y días:



Cuestionario de 2 meses
1 meses 0 días a 2 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. ¿Algunas veces su bebé produce balbuceos o sonidos suaves con la garganta? A VECES SI TODAVIA NO
2. ¿Su bebé hace vocalizaciones o sonidos como "guuu"? A VECES SI TODAVIA NO
3. Cuando Ud. le habla a su bebé, ¿responde con sonidos? A VECES SI TODAVIA NO
4. ¿Su bebé sonrío cuando Ud. le habla? A VECES SI TODAVIA NO
5. ¿Su bebé se ríe haciendo sonidos, como produciendo una suave carcajada? A VECES SI TODAVIA NO
6. Cuando Ud. regresa después de haberse ausentado brevemente, ¿su bebé sonrío o muestra emoción al verlo/la? A VECES SI TODAVIA NO

TOTAL EN COMUNICACION

MOTORA GRUESA

1. Cuando su bebé está acostado boca arriba, ¿mueve el cuerpo, los brazos y las piernas (arquea, retuerce el cuerpo, etc.)? A VECES SI TODAVIA NO
2. Cuando su bebé está acostada boca abajo, ¿gira la cabeza hacia el lado? A VECES SI TODAVIA NO
3. Cuando su bebé está boca abajo, ¿mantiene su cabeza levantada por algunos segundos? A VECES SI TODAVIA NO
4. Cuando su bebé está boca arriba, ¿mueve sus piernas como pataleando? A VECES SI TODAVIA NO
5. Cuando su bebé está acostado boca arriba, ¿mueve la cabeza de un lado para otro? A VECES SI TODAVIA NO
6. 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

TOTAL EN MOTORA GRUESA

MOTORA FINA

1. Cuando está despierta, ¿su bebé usualmente tiene las manos cerradas?(Si antes las mantenía cerradas, pero ahora las abre, marque "sí".) A VECES SI TODAVIA NO
2. Cuando Ud. toca con su dedo la palma de la mano de su bebé, ¿le agarra el dedo? A VECES SI TODAVIA NO



3. Cuando Ud. pone un juguete en la mano de su bebé, ¿lo sostiene por algunos instantes?



4. ¿Su bebé toca su propia cara con sus manos?

A VECES SI TODAVIA NO

5. Cuando está despierto, ¿su bebé mantiene las manos abiertas, al menos parcialmente (en vez de tenerlas cerradas en puño, como cuando era recién nacido)?



A VECES SI TODAVIA NO

6. ¿Su bebé intenta agarrar o jalar su propia ropa?

TOTAL EN MOTORA FINA

**Si marcó "si" en la pregunta 5, marque "si" en la pregunta 1 también.*

RESOLUCION DE PROBLEMAS

1. ¿Su bebé mira objetos que están a una distancia de 8 a 10 pulgadas (18–25 centímetros)?

A VECES SI TODAVIA NO

2. ¿Su bebé lo/la sigue con la mirada cuando Ud. se mueve alrededor de ella?

A VECES SI TODAVIA NO

3. 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

4. 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

5. 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

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. ¿Algunas veces intenta succionar su bebé, incluso cuando no se está alimentando?

A VECES SI TODAVIA NO

2. Su bebé llora cuando está molesto, húmedo, o cansado o cuando desea que lo carguen en brazos?

A VECES SI TODAVIA NO

3. ¿Su bebé le sonrío?

A VECES SI TODAVIA NO

4. Cuando Ud. le sonrío a su bebé, ¿le responde con una sonrisa?

A VECES SI TODAVIA NO

5. ¿Su bebé mira sus propias manos?



A VECES SI TODAVIA NO

6. Cuando su bebé ve el pecho o el biberón, ¿parece saber que le van a dar de comer?

TOTAL EN SOCIO-INDIVIDUAL

OBSERVACIONES GENERALES

Los padres y proveedores pueden utilizar el espacio después de cada pregunta para hacer comentarios adicionales.

1. ¿Los resultados de la evaluación auditiva indicaron que su bebé oye bien? Si contesta "no", explique:

Sí No

2. ¿Su bebé mueve ambos brazos y ambas piernas igualmente bien? Si contesta "no", explique

Sí No

3. ¿Tiene algún familiar con historia de sordera o cualquier otro impedimento auditivo? Si contesta "sí", explique: Sí No
4. ¿Ha tenido su bebé problemas de salud? Si contesta "sí", explique: Sí No
5. ¿Tiene alguna preocupación sobre el comportamiento de su bebé (por ejemplo en relación al comer o al dormir)? Si contesta "sí", explique Sí No
6. ¿Le preocupa algún aspecto del desarrollo de su bebé? Si contesta "sí", explique: Sí No

TO SUBMIT THIS FORM PLEASE CLICK HERE ---->

OFFICE USE ONLY



2 Month Questionnaire
1 month 0 days through 2 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 responses are 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. Passed newborn hearing screening test? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Comments: |
| 2. Moves both hands and both legs equally well? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Comments: |
| 3. Family history of hearing impairment? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Comments: |
| 4. Any medical problems? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Comments: |
| 5. Concerns about behavior? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Comments: |
| 6. 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.