

ASQ 24-Month Questionnaire Spanish

(Date of Service: 11/17/2022)



Cuestionario de 24 meses
23 meses 0 días a 25 meses 15 días

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:

Fecha de nacimiento del niño/a:

Sexo del niño/a:

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:

País:

de teléfono de casa:

Código postal:

Su dirección electrónica:

Otro # de teléfono:

Los nombres de las personas que le están ayudando a llenar este cuestionario:

INFORMACION DEL PROGRAMA

de identificación del niño/a:

de identificación del programa:

Nombre del programa:



Cuestionario de 24 meses
23 meses 0 días a 25 meses 15 días

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 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

A esta edad, muchos niños no cooperan cuando se les pide hacer cosas. Quizás Ud. tenga que intentar hacer las actividades más de una vez con su niño/a. Si es posible, intente hacer las actividades cuando su niño/a tenga buena disposición. Si su niño/a puede hacer la actividad, pero se niega a hacerla, marque "sí" en la pregunta.

COMUNICACION

1. Sin enseñarle primero, ¿puede señalar con el dedo el dibujo correcto cuando Ud. le dice, "Enséñame dónde está el gatito", o le pregunta, "¿Dónde está el perro?" (Solamente tiene que identificar un dibujo correctamente.)

A
VECES SI TODAVIA
NO

2. ¿Limita su niña una oración de dos palabras? Por ejemplo, cuando Ud. dice "Mamá juega", "Papá come", o "¿Qué es?", repite ella la misma frase? (Marque "sí" aun si sus palabras sean difíciles de entender.)

A
VECES SI TODAVIA
NO

3. Sin darle pistas señalándole o usando gestos, ¿puede su niño seguir al menos tres de las siguientes instrucciones?

A
VECES SI TODAVIA
NO

- a. "Pon el juguete en la mesa".
- b. "Cierra la puerta".
- c. "Tráeme una toalla".
- d. "Busca tu abrigo".
- e. "Dame la mano".
- f. "Agarra tu libro".

4. Si Ud. señala un dibujo de una pelota (gatito, vaso, gorro, etc.) y le pregunta a su niña "¿qué es?", ¿puede identificar y nombrar al menos un dibujo?

A
VECES SI TODAVIA
NO

5. ¿Puede decir dos o tres palabras juntas que representen ideas diferentes, como: "Veo perro", "Mamá llega casa", o "¿Se fue gatito?" (No cuente las combinaciones de palabras que expresen una sola idea como "se acabó", "está bien", y "¿qué es?") Escriba un ejemplo de una combinación de palabras que dice su niño:

A
VECES SI TODAVIA
NO

6. ¿Puede usar correctamente al menos dos palabras como "mi", "yo", "mía", o "tú"?

A
VECES SI TODAVIA
NO

TOTAL EN COMUNICACION

MOTORA GRUESA

1. ¿Su niño puede bajar las escaleras si usted lo lleva de la mano? Puede agarrarse de la pared o de la barandilla también. (Ud. puede hacer esta observación en la tienda, en el parque, o en casa.)

A
VECES SI TODAVIA
NO

2. Al enseñarle cómo se da una patada a un balón, ¿intenta su niño dar la patada moviendo la pierna hacia adelante o caminando hasta tocar el balón? (Si ya sabe dar una patada al balón, marque "sí" en esta pregunta.)

A
VECES SI TODAVIA
NO



3. ¿Su niño sube o baja al menos dos escalones sin ayuda? Puede agarrarse de la pared o de la barandilla.

A
VECES SI TODAVIA
NO



4. ¿Su niña corre bien y sabe detenerse sin chocar con las cosas o caerse?

A
VECES SI TODAVIA
NO



5. ¿Puede saltar su niño, levantando ambos pies del suelo a la vez?



A
VECES SI TODAVIA
NO

6. Sin apoyarse en ningún objeto, ¿sabe su niño dar una patada a un balón moviendo la pierna hacia atrás y luego hacia adelante?*



A
VECES SI TODAVIA
NO

TOTAL EN MOTORA GRUESA

Si marcó "SI" o "a veces" en la pregunta 6,
marque "SI" en la pregunta 2.

MOTORA FINA

1. Normalmente, ¿puede su niño meterse la cuchara en la boca sin que se le caiga la comida?

A
VECES SI TODAVIA
NO

2. ¿Sabe darle la vuelta a las hojas de un libro sin ayuda? (Tal vez pase más de una hoja a la vez.)

A
VECES SI TODAVIA
NO

3. ¿Rota (gira) la mano su niña al intentar abrir una puerta, darle cuerda a un juguete, jugar con un trompo, o poner y quitar una tapa de un frasco?

A
VECES SI TODAVIA
NO

4. ¿Su niño prende y apaga interruptores (como el de la luz)?

A
VECES SI TODAVIA
NO

5. ¿Puede su niña poner siete cubitos o juguetes uno sobre otro sin ayuda? (También puede usar carretes de hilo, cajitas, o juguetes que midan aproximadamente 1 pulgada, o 3 centímetros.)

A
VECES SI TODAVIA
NO

6. ¿Sabe meter un cordón (o agujeta) por el agujero de objetos pequeños como cuentas de madera, sopa de macarrones o de rueditas, o por los agujeros de los zapatos?



A
VECES SI TODAVIA
NO

TOTAL EN MOTORA FINA

RESOLUCION DE PROBLEMAS

1. Después de observarlo/la a Ud. dibujar una línea de arriba a abajo usando una crayola (o pluma o lápiz), ¿su niño intenta dibujar una línea recta en cualquier dirección en la hoja de papel? (Marque "todavía no" si su niño hace rayas o garabatos de un lado para otro.)



A
VECES SI TODAVIA
NO

2. Después de dejar caer una migaja o un Cheerio (cereal de desayuno) en una pequeña botella transparente, ¿pone la botella al revés para sacarlo? (No le muestre cómo hacerlo.) (Puede usar una botella de re- fresco o un biberón.)

A
VECES SI TODAVIA
NO

3. ¿Su niña juega con objetos imaginándose que son otras cosas? Por ejemplo, ¿se pone un vaso junto a la oreja jugando como si fuera un teléfono? ¿Se pone una caja en la cabeza como si fuera un gorro? ¿Usa un cubito u otro juguete pequeño para revolver la comida?

A
VECES SI TODAVIA
NO

4. ¿Guarda su niño las cosas en el sitio apropiado? Por ejemplo, ¿sabe que sus juguetes deben estar en el estante, que su cobija se pone en la cama, y que los platos se ponen en la cocina?

A
VECES SI TODAVIA
NO

5. Si quiere algo que no alcanza, ¿busca su niña una silla o una caja para subirse encima y alcanzarlo (por ejemplo, para agarrar un juguete que está en el mostrador de la cocina o para "ayudarlo" en la cocina)?

A
VECES SI TODAVIA
NO

6. Mientras su niño lo/la observa, ponga cuatro objetos, como unos cubos o unos carritos, en línea recta. ¿Lo/la intenta imitar poniendo al menos cuatro objetos en línea recta? (También puede usar carretes de hilo, unas cajitas, u otros juguetes.)

A
VECES SI TODAVIA
NO

TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS

SOCIO-INDIVIDUAL

1. ¿Sabe su niño beber de un vaso y bajarlo nuevamente sin que se le caiga mucho del contenido?

A
VECES SI TODAVIA
NO

2. ¿Lo/la imita a Ud. su niña, haciendo las mismas actividades que Ud. hace, por ejemplo limpiar algo que se le ha caído, pasar la aspiradora, afeitarse, o peinarse?

A
VECES SI TODAVIA
NO

3. ¿Come con un tenedor? A
VECES SI TODAVIA
NO
4. Al jugar con un animalito de peluche o con una muñeca, ¿lo mece, le da de comer, le cambia los pañales, lo acuesta, etc.?
 A
VECES SI TODAVIA
NO
5. ¿Su niño empuja un carrito con ruedas, un cochecito de bebé, u otro juguete con ruedas, evitando chocar con las cosas y saliéndose en reversa de un rincón si no puede girar?
 A
VECES SI TODAVIA
NO
6. ¿Su niña se refiere a sí misma diciendo "yo" más que su propio nombre? Por ejemplo, suele decir "yo lo hago" en lugar de "Susana lo hace".
 A
VECES SI TODAVIA
NO

TOTAL EN SOCIO-INDIVIDUA

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: Sí No
2. ¿Cree Ud. que su niño/a habla igual que los otros niños de su edad? Si contesta "no", explique Sí No
3. ¿Puede Ud. entender casi todo lo que dice su niño/a? Si contesta "no", explique: Sí No
4. ¿Cree Ud. que su niño/a camina, corre, y trepa igual que los otros niños de su edad? Si contesta "no", explique: Sí No
5. ¿Tiene algún familiar con historia de sordera o cualquier otro impedimento auditivo? Si contesta "sí", explique: Sí No
6. ¿Tiene Ud. alguna preocupación sobre la visión de su niño/a? Si contesta "sí", explique: Sí No
7. ¿Ha tenido su niño/a algún problema de salud en los últimos meses? Si contesta "sí", explique: Sí No
8. ¿Tiene alguna preocupación sobre el comportamiento de su niño/a? Si contesta "sí", explique: Sí No
9. ¿Le preocupa algún aspecto del desarrollo de su niño/a? Si contesta "sí", explique: Sí No

PLEASE CLICK THE BUTTON TO SUBMIT THIS FORM ---->



24 Month Questionnaire
23 months 0 days through 25 months 15 days

Child's name: _____ **Date ASQ completed:** _____
Child's ID #: _____ **Date of birth:** _____
Administering program/provider: _____

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. Hears well? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Comments: |
| 2. Talks like other toddlers his age? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Comments: |
| 3. Understand most of what your child says? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Comments: |
| 4. Walks, runs, and climbs like other toddlers? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Comments: |
| 5. Family history of hearing impairment? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Comments: |
| 6. Concerns about vision? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Comments: |
| 7. Any medical problems? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Comments: |
| 8. Concerns about behavior? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Comments: |
| 9. 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 child's total score is in the [XXX] area, it is above the cutoff, and the child's development appears to be on schedule.

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

If the child'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.