





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



**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>
<b>Communication:</b>	<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
<b>Gross Motor:</b>	<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
<b>Fine Motor:</b>	<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
<b>Problem Solving:</b>	<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
<b>Personal-Social:</b>	<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 | <b>Comments:</b> |
| 2. Talks like other toddlers his age?           | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <b>Comments:</b> |
| 3. Understand most of what your child says?     | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <b>Comments:</b> |
| 4. Walks, runs, and climbs like other toddlers? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <b>Comments:</b> |
| 5. Family history of hearing impairment?        | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <b>Comments:</b> |
| 6. Concerns about vision?                       | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <b>Comments:</b> |
| 7. Any medical problems?                        | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <b>Comments:</b> |
| 8. Concerns about behavior?                     | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <b>Comments:</b> |
| 9. Other concerns?                              | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <b>Comments:</b> |

**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.