

**ASQ 18-Month Questionnaire Spanish**

(Date of Service: 11/17/2022)



**Cuestionario de 18 meses**  
17 meses 0 días a 18 meses 30 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:**

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

Información de la persona que está llenando este cuestionario

**Nombre:**

**Inicial de su segundo nombre:**

**Apellido(s):**

**Dirección:**

**Parentesco con el niño/a:**

**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 niño/a:**

**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 18 meses**  
17 meses 0 días a 18 meses 30 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. Cuando su niño quiere algo, ¿lo señala con el dedo para comunicárselo a Ud.?  A  
VECES  SI  TODAVIA  
NO
2. Cuando Ud. se lo pide, ¿va su niña a otro cuarto a buscar un juguete u objeto conocido? (Puede preguntarle, "¿Dónde está la pelota?", o decirle "Tráeme tu abrigo", o "Busca tu cobija".)  A  
VECES  SI  TODAVIA  
NO
3. ¿Dice su niño ocho o más palabras además de "mamá" y "papá"?  A  
VECES  SI  TODAVIA  
NO
4. ¿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
5. 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
6. ¿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

**TOTAL EN COMUNICACION**

**MOTORA GRUESA**

1. ¿Puede su niña agacharse para recoger un objeto del suelo y volver a ponerse de pie sin apoyo?  A  
VECES  SI  TODAVIA  
NO
2. ¿Camina su niño por la casa en lugar de gatear?  A  
VECES  SI  TODAVIA  
NO
3. ¿Camina bien su niña, sin caerse a menudo?  A  
VECES  SI  TODAVIA  
NO
4. ¿Se sube a algún objeto como una silla para alcanzar algo que quiere (por ejemplo, para agarrar un juguete que está arriba del mostrador de la cocina o para "ayudarlo" en la cocina)?  A  
VECES  SI  TODAVIA  
NO
5. ¿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
6. 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



**TOTAL EN MOTORA GRUESA**

## MOTORA FINA

1. ¿Puede lanzar su niño una pelota pequeña, moviendo el brazo hacia adelante por encima del hombro? (Si simplemente la deja caer, marque "todavía no" en esta pregunta.)



A  
VECES  SI  TODAVIA  
NO

2. ¿Coloca su niña un cubito o un juguete pequeño encima de otro? (También puede usar carretes de hilo de coser, cajitas, o juguetes que midan aproximadamente una pulgada, o 3 centímetros.)

A  
VECES  SI  TODAVIA  
NO

3. Cuando intenta dibujar, ¿marca su niño la hoja de papel con la punta de la crayola (o del lápiz o de la pluma)?



A  
VECES  SI  TODAVIA  
NO

4. ¿Puede su niña poner tres cubitos o juguetes uno sobre otro sin ayuda?

A  
VECES  SI  TODAVIA  
NO

5. ¿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

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

A  
VECES  SI  TODAVIA  
NO

### TOTAL EN MOTORA FINA

## RESOLUCION DE PROBLEMAS

1. ¿Mete varios juguetes pequeños, uno tras otro, dentro de un recipiente como una caja o un tazón? (Puede enseñarle cómo se hace.)

A  
VECES  SI  TODAVIA  
NO

2. Después de enseñarle a su niña cómo se hace, ¿usa una cuchara, un palo, u otro implemento similar para intentar agarrar un juguete pequeño que esté ligeramente fuera de su alcance?



A  
VECES  SI  TODAVIA  
NO

3. Después de dejar caer una migaja o un Cheerio (cereal de desayuno) en una pequeña botella transparente, ¿pone la botella al revés para sacarlo? (Puede enseñarle cómo hacerlo.) (Puede usar una botella de refresco o un biberón.)

A  
VECES  SI  TODAVIA  
NO

4. Sin enseñarle cómo hacerlo, ¿traza su niña garabatos o rayas cuando Ud. le da una crayola (o un lápiz o una pluma)?

A  
VECES  SI  TODAVIA  
NO

5. Después de observarlo 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

6. 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.)\*

A  
VECES  SI  TODAVIA  
NO

### TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS

\*Si marcó "SI" o "A veces" en la pregunta 6, marque "SI" en la pregunta 3.

## SOCIO-INDIVIDUAL

1. Al mirarse en el espejo, ¿su niña se ofrece un juguete a sí misma?

A  
VECES  SI  TODAVIA  
NO

2. ¿Juega su niño con una muñeca o con un muñeco de peluche, abrazándolo?

A  
VECES  SI  TODAVIA  
NO

3. ¿Intenta conseguir su atención o intenta enseñarle algo tirándole de la mano o de la ropa?

A  
VECES  SI  TODAVIA  
NO

4. ¿Viene a pedirle ayuda su niña, como cuando necesita que alguien le dé cuerda a un juguete o que quite la tapa de un frasco?

A  
VECES  SI  TODAVIA  
NO

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

A  
VECES  SI  TODAVIA  
NO

6. ¿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

**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 ---->**



**18 Month Questionnaire**  
17 months 0 days through 18 months 30 days

**Child's name:**

**Date ASQ completed:**

**Child'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>	
<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.