

**ASQ 12-Month Questionnaire Spanish**

(Date of Service: 11/17/2022)



**Cuestionario de 12 meses**  
11 meses 0 días a 12 meses 30 días

**Fecha en que se completó el cuestionario:**

Información del bebé

**Nombre del bebé:**

**Inicial de su segundo nombre:**

**Apellido(s) del bebé:**

**Fecha de nacimiento del bebé:**

**Sexo del bebé:**

**Para bebés 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 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 12 meses**  
11 meses 0 días a 12 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. ¿Puede hacer dos sonidos similares como "ba-ba", "da-da", o "ga-ga"? (No es necesario que los sonidos tengan significado.)  A VECES  SI  TODAVIA NO
2. Cuando Ud. se lo pide, ¿puede su bebé jugar a algún juego infantil sin que Ud. se lo demuestre primero (por ejemplo, decir adiós, esconderse tapándose los ojos, aplaudir, o indicar que tan grande es algo)?  A VECES  SI  TODAVIA NO
3. ¿Sigue su bebé instrucciones sencillas, como por ejemplo, "ven acá", "dámelo", o devuélvelo" sin que Ud. le haga gestos para que entienda lo que le está pidiendo?  A VECES  SI  TODAVIA NO
4. ¿Dice su bebé tres palabras como "mamá", "dada", y "baba"? (Una "palabra" se define como un sonido o un grupo de sonidos que siempre repite su bebé al referirse a alguien o a alguna cosa concreta.)  A VECES  SI  TODAVIA NO
5. Al preguntarle, ¿dónde está la pelota (el gorro, el zapato, etc.)?, ¿su bebé mira el objeto? (Asegúrese de que el objeto esté presente. Marque "sí" en esta pregunta si reconoce por lo menos un objeto.)  A VECES  SI  TODAVIA NO
6. Cuando su bebé quiere algo, ¿lo señala con el dedo para comunicárselo a Ud.?  A VECES  SI  TODAVIA NO

**TOTAL EN COMUNICACION**

**MOTORA GRUESA**

1. Al estar agarrado a un mueble, ¿puede su bebé agacharse para recoger un juguete del suelo y después volver a ponerse de pie?  A VECES  SI  TODAVIA NO 
2. Al estar agarrada a un mueble, ¿puede su bebé agacharse, manteniendo el control (sin caerse al suelo)?  A VECES  SI  TODAVIA NO
3. ¿Camina por la casa su bebé, agarrándose a los muebles con una sola mano?  A VECES  SI  TODAVIA NO
4. Si Ud. le agarra ambas manos para ayudarle a mantener el equilibrio, ¿su bebé da unos pasitos hacia adelante sin tropezar o caerse? (Si su bebé ya puede caminar solo, marque "sí" en esta pregunta.)  A VECES  SI  TODAVIA NO 
5. Cuando Ud. le toma una mano para que no se caiga, ¿puede su bebé dar unos pasitos hacia adelante? (Si su bebé ya camina sola, marque "sí" en esta pregunta.)  A VECES  SI  TODAVIA NO 
6. ¿Su bebé puede ponerse de pie y dar algunos pasitos hacia adelante sin ninguna ayuda o soporte?  A VECES  SI  TODAVIA NO

**TOTAL EN MOTORA GRUESA**

**MOTORA FINA**

- A VECES  SI  TODAVIA NO

1. Después de intentarlo una o dos veces, ¿puede agarrar su bebé un segmento de cuerda con los dedos índice y pulgar? (La cuerda puede estar atada a un juguete.)



A VECES  SI  TODAVIA NO

2. ¿Puede agarrar una migaja de pan o un Cheerio (cereal de desayuno) con las yemas de los dedos (índice y pulgar)? Puede apoyar el brazo o la mano en la mesa mientras que lo hace



A VECES  SI  TODAVIA NO

3. ¿Puede poner un juguete pequeño en la mesa (en el sofá o en el suelo), sin dejarlo caer, y después levantar la mano de encima del juguete?

A VECES  SI  TODAVIA NO

4. Sin apoyar la mano o el brazo en la mesa, ¿puede agarrar una migaja de pan o un Cheerio (cereal de desayuno) con las yemas de los dedos (índice y pulgar)?\*



A VECES  SI  TODAVIA NO

5. ¿Puede lanzar su bebé 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

6. ¿Su bebé le ayuda a Ud. a darle la vuelta a las hojas de un libro?(Ud. puede darle la página para que ella la agarre.)

#### TOTAL EN MOTORA FINA

\*\*Si marcó "sí" o "a veces" en la pregunta 4, marque "sí" en la pregunta 2

### RESOLUCION DE PROBLEMAS

1. Al tener un juguete pequeño en cada mano, ¿su bebé intenta golpearlos uno con otro (como cuando se aplaude)?

A VECES  SI  TODAVIA NO

2. ¿Su bebé agarra o usa el dedo índice para tocar un Cheerio (cereal de desayuno) o una migaja de pan que está dentro de una botella transparente (por ejemplo una botella de refresco o un biberón)?

A VECES  SI  TODAVIA NO

3. Después de verle a Ud. esconder un juguete pequeño debajo de una hoja de papel o de un trozo de tela, ¿puede su bebé encontrarlo?(Asegúrese de que el juguete esté completamente escondido.)

A VECES  SI  TODAVIA NO

4. Si Ud. pone un juguete en un tazón o en una caja, ¿su bebé lo/la imita queriendo meter un juguete también, aunque pueda ser que no lo suelte? (Si ya suelta el juguete en el tazón o en la caja, marque "sí" en esta pregunta.)

A VECES  SI  TODAVIA NO

5. ¿Su bebé pone dos juguetes, uno tras otro, en un recipiente como una caja o un tazón grande? (Puede enseñarle cómo se hace.)\*



A VECES  SI  TODAVIA NO

6. Si Ud. traza rayones o garabatos en un papel con una crayola (o con un lápiz o una pluma), ¿hace su bebé lo mismo, imitándole a Ud.? (Si ya sabe trazar solo, marque "sí" en esta pregunta.)

A VECES  SI  TODAVIA NO

#### TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS

\*\*Si marcó "sí" o "a veces" en la pregunta 5, marque "sí" en la pregunta 4.

### SOCIO-INDIVIDUAL

1. Al extenderle la mano y pedirle su juguete, ¿su bebé se lo ofrece aunque no lo suelte? (Si ya suelta el juguete para dárselo, marque "sí" en esta pregunta.)

A VECES  SI  TODAVIA NO

2. Cuando Ud. viste a su bebé, ¿puede él meter el brazo por la manga de la camisa una vez que Ud. le haya metido la mano en la bocamanga?

A VECES  SI  TODAVIA NO

3. Cuando Ud. le extiende la mano para pedirle un juguete, ¿su bebé lo suelta para que Ud. lo tome?

A VECES  SI  TODAVIA NO

4. Al vestir a su bebé, ¿levanta ella el pie cuando Ud. le va a poner el zapato, el calcetín, o el pantalón?

A VECES  SI  TODAVIA NO

5. Al jugar a la pelota con su bebé, ¿su bebé la tira o la hace rodar para que Ud. se la devuelva?

A VECES  SI  TODAVIA NO

6. ¿Juega su bebé con una muñeca o con un muñeco de peluche, abrazándolo?

A VECES  SI  TODAVIA NO

**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. ¿Experimenta su bebé con sonidos, o parece formar nuevas palabras? Si contesta "no", explique:  Sí  No
  
3. Cuando está de pie, ¿pone su bebé los pies completamente planos sobre el suelo la mayoría de las veces? Si contesta "no", explique:  Sí  No
  
4. ¿Le preocupa que su bebé sea muy callado/a o que no haga sonidos como otros bebés? Si contesta "sí", 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 bebé? Si contesta "sí", explique:  Sí  No
  
7. ¿Ha tenido su bebé algún problema de salud en los últimos meses? Si contesta "sí", explique:  Sí  No
  
8. ¿Tiene alguna preocupación sobre el comportamiento de su bebé? Si contesta "sí", explique:  Sí  No
  
9. ¿Le preocupa algún aspecto del desarrollo de su bebé? Si contesta "sí", explique:  Sí  No

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



**12 Month Questionnaire**  
11 months 0 days through 12 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>	
<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. Uses both hands and both legs equally well?    | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <b>Comments:</b> |
| 2. Plays with sounds or seems to make words?      | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <b>Comments:</b> |
| 3. Feet are flat on the surface most of the time? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <b>Comments:</b> |
| 4. Concerns about not making sounds?              | <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 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.