

2. ¿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

3. ¿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

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

A VECES SI TODAVIA NO

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



A VECES SI TODAVIA NO

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

TOTAL EN MOTORA FINA

RESOLUCION DE PROBLEMAS

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

A VECES SI TODAVIA NO

2. ¿Puede su niña meter una migaja o un Cheerio (cereal de desayuno) dentro de una pequeña botella transparente (por ejemplo una botella de refresco o un biberón)?

A VECES SI TODAVIA NO

3. ¿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

4. Después de enseñarle a su niño 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

5. 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

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? (Puede enseñarle cómo hacerlo.)

A VECES SI TODAVIA NO

TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS

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

SOCIO-INDIVIDUAL

1. ¿Come con cuchara su niño sin la ayuda de Ud., aunque se le caiga algo de comida?

A VECES SI TODAVIA NO

2. Cuando Ud. desviste a su niña, ¿ayuda ella a quitarse la ropa (los calcetines, el gorro, los zapatos, o los guantes)?

A VECES SI TODAVIA NO

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

A VECES SI TODAVIA NO

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

A VECES SI TODAVIA NO

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

A VECES SI TODAVIA NO

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

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 HERE TO SUBMIT THIS FORM ---->



16 Month Questionnaire
15 months 0 days through 16 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>	
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.