

ASQ 16-Month Questionnaire Spanish

(Date of Service: 11/17/2022)



Cuestionario de 16 meses
15 meses 0 días a 16 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:

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

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:

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:



Questionario de 16 meses
15 meses 0 días a 16 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. ¿Intenta su niño tocar, agarrar, o señalar con el dedo los dibujos de un libro? A VECES SI TODAVIA NO
2. ¿Dice su niña cuatro o más palabras además de "mamá" y "papá"? A VECES SI TODAVIA NO
3. Cuando su niño quiere algo, ¿lo señala con el dedo para comunicárselo a Ud.? A VECES SI TODAVIA NO
4. 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
5. ¿Lima 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
6. ¿Dice su niño ocho o más palabras además de "mamá" y "papá"? A VECES SI TODAVIA NO

TOTAL EN COMUNICACION

MOTORA GRUESA

1. ¿Su niña puede ponerse de pie y dar algunos pasitos hacia adelante sin ninguna ayuda o soporte? A VECES SI TODAVIA NO
2. ¿Su niño se sube a los muebles o a juegos (como grandes bloques) hechos para bebé? A VECES SI TODAVIA NO
3. ¿Puede su niña agacharse para recoger un objeto del suelo y volver a ponerse de pie sin apoyo? A VECES SI TODAVIA NO
4. ¿Camina su niño por la casa en lugar de gatear? A VECES SI TODAVIA NO
5. ¿Camina bien su niña, sin caerse a menudo? A VECES SI TODAVIA NO
6. ¿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

TOTAL EN MOTORA GRUESA

MOTORA FINA

1. ¿Su niña le ayuda a Ud. a darle la vuelta a las hojas de un libro? (Ud. puede darle la página para que ella la agarre.) A VECES SI TODAVIA NO
- A VECES SI TODAVIA NO

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"/>																		
Gross Motor:		<input type="checkbox"/>																		
Fine Motor:		<input type="checkbox"/>																		
Problem Solving:		<input type="checkbox"/>																		
Personal-Social:		<input type="checkbox"/>																		

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.