

ASQ 9-Month Questionnaire Spanish

(Date of Service: 11/17/2022)



Cuestionario de 9 meses
9 meses 0 días a 9 meses 30 días

Fecha en que se completó el cuestionario:

Información del bebé

| | | |
|--------------------------------------|---|------------------------------|
| Nombre del bebé: | Inicial del segundo nombre: | Apellido(s) del bebé: |
| Fecha de nacimiento del bebé: | Para bebés prematuros, si el parto ocurrió 3 semanas o más antes de la fecha proyectada, # de semanas que se adelantó: | Sexo del bebé: |

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 9 meses
9 meses 0 días a 9 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. ¿Hace su bebé sonidos como “da”, “ga”, “ka”, y “ba”? A VECES SI TODAVIA NO
2. Si Ud. imita los sonidos que hace su bebé, ¿ella los repite? A VECES SI TODAVIA NO
3. ¿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
4. 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
5. ¿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
6. ¿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






TOTAL EN COMUNICACION

MOTORA GRUESA

1. Si Ud. agarra las manos de su bebé para ayudarlo a mantener el equilibrio, ¿él puede sostener su propio peso mientras está de pie? A VECES SI TODAVIA NO 
2. Al estar sentado en el suelo, ¿su bebé puede sentarse derecho por varios minutos sin usar las manos para apoyarse? A VECES SI TODAVIA NO 
3. Al ponerla de pie cerca de los muebles de la casa o de la cuna, ¿su bebé puede agarrarse a los muebles sin que se apoye también con el pecho? A VECES SI TODAVIA NO 
4. 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 
5. Al estar agarrada a un mueble, ¿puede agacharse, manteniendo el control (sin caerse al suelo)? A VECES SI TODAVIA NO
6. ¿Camina por la casa su bebé, agarrándose a los muebles con una sola mano? A VECES SI TODAVIA NO




TOTAL EN MOTORA GRUESA

MOTORA FINA

1. ¿Agarra un juguete pequeño con una sola mano?  A VECES SI TODAVIA NO
2. ¿Su bebé logra agarrar una migaja de pan o un Cheerio (cereal de desayuno) usando el dedo pulgar y todos los demás dedos, haciendo un movimiento como de rastrillo? (Si ya puede agarrar una migaja o un Cheerio, marque "sí" en esta pregunta.  A VECES SI TODAVIA NO
3. ¿Puede agarrar un juguete pequeño con las yemas del pulgar y de los demás dedos? (Debe haber un espacio entre el juguete y la palma de la mano.)  A VECES SI TODAVIA NO
4. 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
5. ¿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
6. ¿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


TOTAL EN MOTORA FINA
 **Si marcó "sí" o "a veces" en la pregunta 5, marque "sí" en la pregunta 2.

RESOLUCION DE PROBLEMAS

1. ¿Se pasa un juguete de una mano a la otra?  A VECES SI TODAVIA NO
2. ¿Recoge su bebé dos juguetes pequeños, tomando uno en cada mano, y los sujeta por aproximadamente un minuto?  A VECES SI TODAVIA NO
3. Al tener un juguete en la mano, ¿lo golpea contra otro que está en la mesa?  A VECES SI TODAVIA NO
4. Al tener un juguete pequeño en cada mano, ¿su bebé intenta golpearlos uno con otro (como cuando se aplaude)? A VECES SI TODAVIA NO
5. ¿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 un biberón)? A VECES SI TODAVIA NO
6. 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

TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS

SOCIO-INDIVIDUAL

1. Al estar boca arriba, ¿su bebé intenta meterse el pie en la boca?  A VECES SI TODAVIA NO
2. ¿Su bebé puede beber agua, jugo, o leche de fórmula de una taza si Ud. se la sostiene? A VECES SI TODAVIA NO
3. ¿Puede su bebé comer una galleta sin ayuda? A VECES SI TODAVIA NO
4. 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

5. 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
6. Cuando Ud. le extiende la mano para pedirle un juguete, ¿su bebé lo suelta para que Ud. lo tome? A VECES SI TODAVIA NO

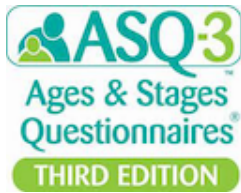
TOTAL EN SOCIO-INDIVIDUAL

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. Al ponerlo/la de pie, ¿su bebé pone los pies completamente planos sobre el suelo la mayoría de la veces? Si contesta "no", explique: Sí No
3. ¿Le preocupa que su bebé sea muy callado/a o que no haga sonidos como otros bebés? Si contesta "sí", explique: Sí No
4. ¿Tiene algún familiar con historia de sordera o cualquier otro impedimento auditivo? Si contesta "sí", explique: Sí No
5. ¿Tiene Ud. alguna preocupación sobre la visión de su bebé? Si contesta "sí", explique: Sí No
6. ¿Ha tenido su bebé algún problema de salud en los últimos meses? Si contesta "sí", explique: Sí No
7. ¿Tiene alguna preocupación sobre el comportamiento de su bebé? Si contesta "sí", explique: Sí No
8. ¿Le preocupa algún aspecto del desarrollo de su bebé? Si contesta "sí", explique: Sí No

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



9 Month Questionnaire
9 months 0 days through 9 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> | |
|-------------------------|--------------------|---|
| 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. Uses both hands and both legs equally well? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Comments: |
| 2. Feet are flat on the surface most of the time? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Comments: |
| 3. Concerns about not making sounds? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Comments: |
| 4. Family history of hearing impairment? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Comments: |
| 5. Concerns about vision? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Comments: |
| 6. Any medical problems? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Comments: |
| 7. Concerns about behavior? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Comments: |
| 8. 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 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.