

Clínica Infantil Castle Valley

Visita de mantenimiento de la salud

9 - 12 Meses

NOMBRE DEL PACIENTE _____

PADRE: Complete este lado hacia abajo hasta la línea doble (encierre en un círculo y marque las respuestas apropiadas).

NUTRICIÓN

1. ¿Está amamantando o alimentando con biberón a su bebé ahora? Biberón
2. ¿Tu bebé ya empezó a usar una taza? si no
3. ¿Le estás dando a tu bebé vitaminas, hierro o flúor? si no
4. Marque el tipo de comida y aproximadamente cuánto come su bebé:
Leche ____ Cantidad en una botella _____ Cantidad en una taza _____
Jugo ____ Cantidad _____ Vegetales ____ Cantidad _____
Cereal ____ Cantidad _____ Carnes ____ Cantidad _____
Frutas ____ Cantidad _____ Bocadillos ____ ¿De qué tipo?

5. ¿Su hijo se alimenta a sí mismo con bocadillos? si no
6. ¿Tu bebé tiene algún problema para comer? si no
7. ¿Está su hijo en WIC o en el Programa Suplementario de Alimentos de Denver?
si no

ELIMINACIÓN

8. ¿Ha notado un olor fuerte o inusual en la orina de su hijo? si no
9. ¿Ha tenido su hijo algún problema de estreñimiento o diarrea? si no

COMPORTAMIENTO

10. ¿Tu hijo tiene problemas para dormir? si no
11. ¿Cuántas horas duerme su bebé a la vez? _____ Horas.
12. ¿Cuántas siestas toma? _____ Siestas.
13. ¿Tiene su hijo algún comportamiento que le gustaría cambiar? si no
Comportamiento de la lista

14. ¿Hay algo que le moleste o le preocupe acerca de su hijo? si no
¿Qué es? _____
15. ¿Sientes que tienes un hijo difícil? si no

DESARROLLO

16. Todos los niños aprenden cosas en diferentes momentos. En este punto del desarrollo de su hijo, compruebe cuál de las siguientes cosas puede hacer.

- Sentarse sin apoyo por un minuto Ponerse de pie Jugar al escondite
 Golpea dos cubos juntos Independiente Di mamá, papá Arrastrarse o arrastrarse
 Caminar, agarrándose de los muebles Jugar pat-a-cake

ENFERMEDAD

17. ¿Ha tenido su bebé alguna enfermedad o ha necesitado ver a un médico desde su última visita? si no

18. Si su hijo está tomando algún medicamento, indíquelo aquí: _____

REVISIÓN DE SÍNTOMAS (Marque si su hijo tiene alguno de los siguientes desde la última visita).

- Accidentes o lesiones en la cabeza Congestión nasal Alergias Infección de oído
 Dificultad para respirar Erupciones en la piel Problemas de audición Resfriados o tos frecuentes Gran aumento o pérdida de peso Infecciones oculares o drenaje Fiebre alta
 Aumento o pérdida de peso reciente

OBJETIVO: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

PLAN: (Lista de verificación de orientación anticipatoria)

FIRMA DEL PROVEEDOR _____



Ages & Stages Questionnaires®

9 meses 0 días a 9 meses 30 días

Cuestionario de 9 meses

Favor de proveer los siguientes datos. Al completar este formulario, use solamente una pluma de tinta negra o azul y escriba legiblemente con letra de molde.



Fecha en que se completó el cuestionario: _____

Información del bebé

Nombre del bebé: _____

Inicial de su segundo nombre: _____

Apellido(s) 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:

Masculino

Femenino

Fecha de nacimiento del bebé: _____

Información de la persona que está llenando este cuestionario

Nombre: _____

Inicial de su segundo nombre: _____

Apellido(s): _____

Parentesco con el bebé:

Padre/madre

Tutor

Maestro/a

Educador/a o asistente de preescolar

Dirección: _____

Abuelo/a u otro pariente

Madre/padre de acogida

Otro/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: _____

Información 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: _____

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:
Notas:

- 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.
- Por favor, devuelva este cuestionario antes de esta fecha:

COMUNICACION

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. ¿Hace su bebé sonidos como "da", "ga", "ka", y "ba"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
2. Si Ud. imita los sonidos que hace su bebé, ¿ella los repite?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
3. ¿Puede hacer dos sonidos similares como "ba-ba", "da-da", o "ga-ga"? (No es necesario que los sonidos tengan significado.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
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)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
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.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—

TOTAL EN COMUNICACION —

MOTORA GRUESA

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. Si Ud. agarra las manos de su bebé para ayudarle a mantener el equilibrio, ¿él puede sostener su propio peso mientras está de pie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
				
2. Al estar sentado en el suelo, ¿su bebé puede sentarse derecho por varios minutos sin usar las manos para apoyarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
				

MOTORA GRUESA (continuación)

		SI	A VECES	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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
					
4.	Al estar agarrado a un mueble, ¿puede su bebé agacharse para recoger un juguete del suelo y después volver a ponerse de pie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
					
5.	Al estar agarrada a un mueble, ¿puede agacharse, manteniendo el control (sin caerse al suelo)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
6.	¿Camina por la casa su bebé, agarrándose a los muebles con una sola mano?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
TOTAL EN MOTORA GRUESA					—

MOTORA FINA

		SI	A VECES	TODAVIA NO	
1.	¿Agarra un juguete pequeño con una sola mano?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
					
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.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
					
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.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
					
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.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
					
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.*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—*
					
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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
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?



SI

A VECES

TODAVIA NO

2. ¿Recoge su bebé dos juguetes pequeños, tomando uno en cada mano, y los sujeta por aproximadamente un minuto?



3. Al tener un juguete en la mano, ¿lo golpea contra otro que está en la mesa?



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

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)?

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.)

TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS

SOCIO-INDIVIDUAL

1. Al estar boca arriba, ¿su bebé intenta meterse el pie en la boca?



SI

A VECES

TODAVIA NO

2. ¿Su bebé puede beber agua, jugo, o leche de fórmula de una taza si Ud. se la sostiene?

3. ¿Puede su bebé comer una galleta sin ayuda?

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.)

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?

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

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: SI 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: SI NO

3. ¿Le preocupa que su bebé sea muy callado/a o que no haga sonidos como otros bebés? Si contesta "sí", explique: SI NO

4. ¿Tiene algún familiar con historia de sordera o cualquier otro impedimento auditivo? Si contesta "sí", explique: SI NO

5. ¿Tiene Ud. alguna preocupación sobre la visión de su bebé? Si contesta "sí", explique: SI NO

OBSERVACIONES GENERALES (continuación)

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



ASQ-3: Compilación de datos 9 meses

9 meses 0 días a
9 meses 30 días

Nombre del bebé: _____ Fecha de hoy: _____

de identificación del bebé: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del programa/proveedor: _____ Para bebés prematuros, ¿seleccionó el cuestionario apropiado tomando en cuenta la edad ajustada del bebé? Sí No

1. CALIFIQUE EL CUESTIONARIO Y PASE EL PUNTAJE TOTAL DE CADA SECCION AL GRAFICO DE ABAJO: Véase ASQ-3 User's Guide para obtener más detalles, incluyendo la manera de ajustar el puntaje si faltan respuestas a algunas preguntas. Califique cada pregunta (SI = 10, A VECES = 5, TODAVIA NO = 0). Sumo los puntos de cada pregunta, anotando el puntaje total en la línea provista al final de cada sección del cuestionario. En el gráfico de abajo, anote el puntaje total de cada sección, y rellene el círculo correspondiente.

Área	Límite	Puntaje Total	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
Comunicación	13.97		●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Motora gruesa	17.82		●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Motora fina	31.32		●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○
Resolución de problemas	28.72		●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○
Socio-individual	18.91		●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. TRANSFIERA LAS RESPUESTAS DE LA SECCION TITULADA "OBSERVACIONES GENERALES": Las respuestas escritas en negrita o con mayúsculas requerirán un seguimiento. Véase el capítulo 6 del ASQ-3 User's Guide para obtener información sobre las pautas a seguir.

- | | | | |
|---|--------------|--|--------------|
| 1. ¿Usa ambas manos y ambas piernas por igual?
Comentarios: | Sí NO | 5. ¿Preocupaciones sobre la vista?
Comentarios: | SI No |
| 2. ¿Normalmente pone los pies completamente planos en el suelo?
Comentarios: | Sí NO | 6. ¿Hay problemas de salud recientes?
Comentarios: | SI No |
| 3. ¿Preocupaciones porque no hace sonidos?
Comentarios: | SI No | 7. ¿Preocupaciones sobre comportamiento?
Comentarios: | SI No |
| 4. Historial: ¿Hay problemas auditivos en la familia?
Comentarios: | SI No | 8. ¿Otras preocupaciones? | SI No |

3. INTERPRETACION DEL PUNTAJE Y RECOMENDACIONES PARA EL SEGUIMIENTO DEL ASQ: Para determinar el nivel de seguimiento apropiado, hay que tomar en cuenta el *Puntaje total* de cada sección, las respuestas de la sección titulada "Observaciones generales", y también factores adicionales, tales como considerar si el bebé tiene oportunidades para practicar las habilidades.

Si el *Puntaje total* está dentro del área , el puntaje del bebé está por encima de las expectativas, y el desarrollo del bebé parece estar bien hasta ahora.

Si el *Puntaje total* está dentro del área , el puntaje está apenas por encima de las expectativas. Proporcione actividades adicionales para ayudarle al bebé y vigile su progreso.

Si el *Puntaje total* está dentro del área , el puntaje está debajo de las expectativas. Quizás se requiera una evaluación adicional más a fondo.

4. SEGUIMIENTO DEL ASQ: Marque todos los que apliquen.

- _____ Dar actividades adicionales y reevaluar en _____ meses.
- _____ Compartir los resultados con su médico familiar (primary health care provider).
- _____ Referirlo/la para una evaluación auditiva, visual, o de comportamiento. (Marque con un círculo todos los que apliquen.)
- _____ Referirlo/la a un médico familiar u otra agencia comunitaria (favor de escribir la razón): _____.
- _____ Referirlo/la a un programa de intervención temprana/educación especial para niños preescolares para hacer una evaluación adicional.
- _____ No tomar medidas adicionales en este momento.
- _____ Medida adicional (favor de escribirla): _____.

5. OPCIONAL: Anote las respuestas específicas (S = SI, V = A VECES, N = TODAVIA NO, R = falta esta respuesta).

	1	2	3	4	5	6
Comunicación						
Motora gruesa						
Motora fina						
Resolución de problemas						
Socio-individual						