



Examen de Niño Sano: Visita de 18 meses

Nombre de su hijo(a): _____

¿Tiene usted alguna preocupación sobre el comportamiento, aprendizaje o el desarrollo de su hijo(a)? Por favor describa:

¿Toma su bebé algún medicamento(s), suplemento(s) o vitamina(s)?

Por favor indique.

☐ No

☐ Sí: _____

¿Su bebé tiene alergias a la comida o medicamentos? Por favor indique.

☐ No

☐ Sí: _____

¿Le preocupa la audición/visión de su bebé?

☐ No

☐ Sí: _____

¿Su bebé ve a algún especialista fuera de ORP?

☐ No

☐ Sí: _____

Salud Dental:

¿Ha identificado un dentista para su hijo?

☐ Sí

☐ No

¿Su agua contiene fluoruro? (El agua de la ciudad contiene fluoruro)

☐ Sí

☐ No

¿Su hijo ha dejado completamente el biberón?

☐ Sí

☐ No

¿Está cepillando los dientes de su hijo con pasta dental
fluorada 2 veces al día?

☐ Sí

☐ No

Nutrición:

¿Qué tipo(s) de leche está bebiendo su hijo? ☐ Leche Entera ☐ Leche Materna ☐ Fórmula ☐ Otro _____

¿Consumen de 2 a 3 porciones de lácteos al día (8 onzas de leche = 1 porción)?

☐ Sí

☐ No

¿Están bebiendo MÁS de 24 onzas de fórmula/leche al día?

☐ No

☐ Sí

¿Comen comidas ricas en hierro cada día?

(carne, frijoles, vitaminas del hierro, cheerios/cereales)

☐ Sí

☐ No

Desarrollo: ¿Tu bebé...

Camina sin agarrarse a nada ni a nadie?	Sí	No
hace garabatos?	Sí	No
toma de un vaso sin tapa y a veces derrama?	Sí	No
Come solo con los dedos?	Sí	No
Intenta usar una cuchara?	Sí	No

Se sube y baja de un sofá o silla sin ayuda?	Sí	No
Intenta decir 3 palabras además de mamá o papa?	Sí	No
Sigue una dirección de 1 paso sin ningún gesto, como darle un juguete cuando dices: "Dámelo"?	Sí	No
Te copia haciendo quehaceres, como barrer con una escoba?	Sí	No
Juega con juguetes de una manera sencilla, como empujar un coche de juguete o cuidar una muñeca?	Sí	No

Vida Social:

¿Quién vive en casa con su hijo? _____

Son los padres: soltero casado divorciado separado viudo

¿Quién cuida de su hijo durante el día? _____

¿Han habido cambios importantes en la vida de su bebé o de su familia? ☐ No ☐ Sí: _____

¿Tiene planes de viajar el próximo año con su hijo? En caso afirmativo, ¿cuándo y dónde?

¿Felicita a tu hijo cuando se porta bien?	Sí	No
Si su hijo está molesto, ¿ayuda a distraerlo con otra actividad, libro o juguete?	Sí	No
¿Lee/canta/habla con su hijo sobre lo que está viendo y haciendo?	Sí	No
¿Utiliza palabras sencillas para decirle a su hijo lo que tiene que hacer?	Sí	No
¿Su hijo ve televisión, tabletas, o teléfonos?	Sí	No
En caso afirmativo, ¿cuántas horas al día? (La AAP recomienda NINGUNO)	Sí	No
¿Su bebé está sujetado de forma segura en una silla de niños en el carro? ¿Está orientada mirando hacia atrás en el asiento trasero?	Sí	No
¿Mantiene a su hijo alejado de la estufa/chimenea/calentadores?	Sí	No
¿Tiene un portón en la parte superior e inferior de todas las escaleras de su casa?	Sí	No
Si tiene una piscina, ¿tiene una verja alrededor?	Sí	No
¿Mantiene los muebles alejados de las ventanas del segundo piso o superiores?	Sí	No
¿Sus muebles/gabeteros están asegurados a la pared, para que no caigan sobre su hijo?	Sí	No

¿Su hijo pasa tiempo en un lugar con un arma de fuego que no está guardada bajo llave?	No	Sí
¿Le ofrece a su hijo una variedad de comida, incluyendo verduras, frutas y proteínas?	Sí	No
¿Su hijo está dispuesto a probar nuevos sabores o texturas?	Sí	No
¿Deja que su hijo decida qué comer y cuánto?	Sí	No
¿Es la vivienda permanente una preocupación para usted?	No	Sí
¿Tiene las cosas que necesita para cuidar a su bebé, como una cuna, una silla para niños en el carro y pañales?	Sí	No
¿Su casa tiene suficiente calefacción, agua caliente y electricidad?	Sí	No
¿Tiene seguro médico para usted y su bebé?	Sí	No
En los últimos 12 meses, ¿alguna vez le preocupó si su comida se acabaría antes de tener dinero para comprar más?	No	Sí
¿Su pareja o alguien importante en su vida alguna vez le ha golpeado, pateado o empujado, o la ha lastimado físicamente a usted o al bebé?	No	Sí



Cuestionario de 18 meses

17 meses 0 días a
18 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:

Notas:

- ☒ Asegúrese de intentar cada actividad con su niño/a antes de contestar las preguntas.
- ☒ Complete el cuestionario haciendo las actividades con su niño/a como si fueran un juego divertido.
- ☒ Asegúrese de que su niño/a haya descansado y comido.
- ☒ Por favor, devuelva este cuestionario antes de esta fecha: _____

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

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. Cuando su niño quiere algo, ¿lo señala con el dedo para comunicárselo a Ud.?	☐	☐	☐	_____
2. 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".)	☐	☐	☐	_____
3. ¿Dice su niño ocho o más palabras además de "mamá" y "papá"?	☐	☐	☐	_____
4. ¿Límite 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.)	☐	☐	☐	_____
5. Sin enseñarle primero, ¿puede señalar con el dedo el dibujo correcto cuando Ud. le dice, "Enséñame dónde está el gatito", o le pregunta, "¿Dónde está el perro?" (Solamente tiene que identificar un dibujo correctamente.)	☐	☐	☐	_____
6. ¿Puede decir dos o tres palabras juntas que representen ideas diferentes, como: "Veo perro", "Mamá llega casa", o "¿Se fue gatito"? (No cuente las combinaciones de palabras que expresen una sola idea como "se acabó", "está bien", y "¿qué es?") Escriba un ejemplo de una combinación de palabras que dice su niño:	☐	☐	☐	_____

TOTAL EN COMUNICACION _____

MOTORA GRUESA

- | | SI | A VECES | TODAVIA NO | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----|
| 1. ¿Puede su niña agacharse para recoger un objeto del suelo y volver a ponerse de pie sin apoyo? | ☐ | ☐ | ☐ | ___ |
| 2. ¿Camina su niño por la casa en lugar de gatear? | ☐ | ☐ | ☐ | ___ |
| 3. ¿Camina bien su niña, sin caerse a menudo? | ☐ | ☐ | ☐ | ___ |
| 4. ¿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)? | ☐ | ☐ | ☐ | ___ |
| 5. ¿Su niño puede bajar las escaleras si usted lo lleva de la mano? Puede agarrarse de la pared o de la barandilla también. (Ud. puede hacer esta observación en la tienda, en el parque, o en casa.) | ☐ | ☐ | ☐ | ___ |
| 6. Al enseñarle cómo se da una patada a un balón, ¿intenta su niño dar la patada moviendo la pierna hacia adelante o caminando hasta tocar el balón? (Si ya sabe dar una patada al balón, marque "sí" en esta pregunta.) | ☐ | ☐ | ☐ | ___ |



TOTAL EN MOTORA GRUESA ___

MOTORA FINA

- | | SI | A VECES | TODAVIA NO | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----|
| 1. ¿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.) | ☐ | ☐ | ☐ | ___ |
| 2. ¿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.) | ☐ | ☐ | ☐ | ___ |
| 3. Cuando intenta dibujar, ¿marca su niño la hoja de papel con la punta de la crayola (o del lápiz o de la pluma)? | ☐ | ☐ | ☐ | ___ |
| 4. ¿Puede su niña poner tres cubitos o juguetes uno sobre otro sin ayuda? | ☐ | ☐ | ☐ | ___ |
| 5. ¿Sabe darle la vuelta a las hojas de un libro sin ayuda? (Tal vez pase más de una hoja a la vez.) | ☐ | ☐ | ☐ | ___ |
| 6. Normalmente, ¿puede su niño meterse la cuchara en la boca sin que se le caiga la comida? | ☐ | ☐ | ☐ | ___ |



TOTAL EN MOTORA FINA ___

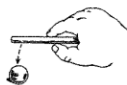
RESOLUCION DE PROBLEMAS

1. ¿Mete varios juguetes pequeños, uno tras otro, dentro de un recipiente como una caja o un tazón? (Puede enseñarle cómo se hace.)

SI A VECES TODAVIA NO

☐ ☐ ☐ ☐

2. Después de enseñarle a su niña 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?



☐ ☐ ☐ ☐

3. 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.) (Puede usar una botella de refresco o un biberón.)

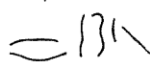
☐ ☐ ☐ ☐

4. Sin enseñarle cómo hacerlo, ¿traza su niña garabatos o rayas cuando Ud. le da una crayola (o un lápiz o una pluma)?

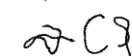
☐ ☐ ☐ ☐

5. Después de observarlo a Ud. dibujar una línea de arriba a abajo usando una crayola (o pluma o lápiz), ¿su niño intenta dibujar una línea recta en cualquier dirección en la hoja de papel? (Marque "todavía no" si su niño hace rayas o garabatos de un lado para otro.)

Marque "sí"



Marque "todavía 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? (No le muestre cómo hacerlo.)*

☐ ☐ ☐ ☐

TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS

*Si marcó "sí" o "a veces" en la pregunta 6, marque "sí" en la pregunta 3.

SOCIO-INDIVIDUAL

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

SI A VECES TODAVIA NO

☐ ☐ ☐ ☐

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

☐ ☐ ☐ ☐

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

☐ ☐ ☐ ☐

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

☐ ☐ ☐ ☐

5. ¿Sabe su niño beber de un vaso y bajarlo nuevamente sin que se le caiga mucho del contenido?

☐ ☐ ☐ ☐

6. ¿Lo/la imita a Ud. su niña, haciendo las mismas actividades que Ud. hace, por ejemplo limpiar algo que se le ha caído, pasar la aspiradora, afeitarse, o peinarse?

☐ ☐ ☐ ☐

TOTAL EN SOCIO-INDIVIDUAL

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: ☐ SI ☐ NO

2. ¿Cree Ud. que su niño/a habla igual que los otros niños de su edad? Si contesta "no", explique: ☐ SI ☐ NO

3. ¿Puede Ud. entender casi todo lo que dice su niño/a? Si contesta "no", explique: ☐ SI ☐ NO

4. ¿Cree Ud. que su niño/a camina, corre, y trepa igual que los otros niños de su edad? Si contesta "no", explique: ☐ SI ☐ NO

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

OBSERVACIONES GENERALES (continuación)

6. ¿Tiene Ud. alguna preocupación sobre la visión de su niño/a? Si contesta "sí", explique:

☐ SI☐ NO

7. ¿Ha tenido su niño/a algún problema de salud en los últimos meses? Si contesta "sí", explique:

☐ SI☐ NO

8. ¿Tiene alguna preocupación sobre el comportamiento de su niño/a? Si contesta "sí", explique:

☐ SI☐ NO

9. ¿Le preocupa algún aspecto del desarrollo de su niño/a? Si contesta "sí", explique:

☐ SI☐ NO



ASQ-3: Compilación de datos 18 meses

17 meses 0 días a
18 meses 30 días

Nombre del niño/a: _____ Fecha de hoy: _____

de identificación del niño/a: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del programa/proveedor: _____ Para niños prematuros, ¿seleccionó el cuestionario apropiado tomando en cuenta la edad ajustada del niño/a? ☐ 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). Sume 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	13.06		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Motora gruesa	37.38		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Motora fina	34.32		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Resolución de problemas	25.74		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Socio-individual	27.19		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2. **TRANSFERIA 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. ¿Oye bien?
Comentarios: | SÍ NO | 6. ¿Preocupaciones sobre la vista?
Comentarios: | SI No |
| 2. ¿Habla como otros niños de su edad?
Comentarios: | SÍ NO | 7. ¿Hay problemas de salud recientes?
Comentarios: | SI No |
| 3. ¿Ud. entiende lo que dice su niño/a?
Comentarios: | SÍ NO | 8. ¿Preocupaciones sobre comportamiento?
Comentarios: | SI No |
| 4. ¿Camina, corre, y trepa como otros niños?
Comentarios: | SÍ NO | 9. ¿Otras preocupaciones?
Comentarios: | SI No |
| 5. Historial: ¿Hay problemas auditivos en la familia?
Comentarios: | 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 niño/a tiene oportunidades para practicar las habilidades.

Si el *Puntaje total* está dentro del área ☐, el puntaje del niño/a está por encima de las expectativas, y el desarrollo del niño/a 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 niño/a 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						