

# Rainbow Children's Clinic

(18-35 MESES)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

## MCHAT

Por favor responda estas preguntas acerca de su hijo. Tenga en cuenta cómo su hijo generalmente se comporta.

Si usted ha visto a su hijo hacer el comportamiento un par de veces, pero él o ella no suele hacerlo, entonces por favor conteste no. Por favor, marque sí o no para cada pregunta. Gracias.

1. Sí NO Si usted apunta a algo al otro lado de la habitación, ¿su hijo lo mira? (Por ejemplo, si usted apunta a un juguete o un animal, ¿su hijo mira el juguete o el animal? Cuando dices, "mira" señalando algo, ¿tu hijo también lo mira?)
2. Sí NO ¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo podría ser sordo?
3. Sí NO ¿Su hijo juega a fingir o hacer creer? (Por ejemplo, pretender beber leche de de una taza vacía, pretender hablar por teléfono, o pretender alimentar una muñeca o un animal de peluche?)
4. Sí NO ¿A su hijo le gusta escalar cosas? (Por ejemplo, muebles, equipo para juegos infantiles o escaleras)
5. Sí NO ¿Su hijo hace inusual no jugar) movimientos de los dedos cerca de sus ojos? (Por ejemplo, ¿su hijo se mueve los dedos cerca de sus ojos?)
6. Sí NO ¿Su hijo apunta con un dedo para pedir algo o para obtener ayuda? (Por ejemplo, señalando a un aperitivo o juguete que está fuera del alcance).
7. Sí NO ¿Su hijo apunta con un dedo para mostrarle algo interesante? (Por ejemplo, señalando a un avión en el cielo o un gran camión en la carretera, o un personaje de dibujos animados mientras se mira).
8. Sí NO ¿Está su hijo interesado en otros niños? (Por ejemplo, ¿su hijo observa a otros niños, sonreír a ellos, o ir a ellos?)
9. Sí NO ¿Le muestra su hijo las cosas trayéndolas a usted o sosteniéndolas para que usted vea no para obtener ayuda, sino sólo para compartir? (Por ejemplo, mostrándole una flor, un animal de peluche o un juguete camión).
10. Sí NO ¿Responde su hijo cuando llama a su nombre? (Por ejemplo, mira hacia arriba, ¿Hablar o balar o detener lo que está haciendo cuando llama a su nombre?)
11. Sí NO Cuando sonríes a tu hijo, ¿te sonríe?
12. Sí NO ¿Su hijo recibe Muy molesto por el ruido cotidiano? (Por ejemplo, ¿su hijo grita o llorar excesivamente al ruido, como una aspiradora, o música fuerte?)
13. Sí NO ¿Camina su hijo?
14. Sí NO ¿Su hijo le mira a los ojos cuando está hablando con él o ella, jugando con él o ella, o vestirlo?
15. Sí NO ¿Su hijo trata de copiar lo que hace? (Por ejemplo, ola adiós, aplauda o haga ruido divertido cuando lo haces?)
16. Sí NO Si usted gira su cabeza para mirar algo, ¿su niño mira alrededor para ver lo que usted es mirando? (Por ejemplo, una imagen en la pared, un teléfono o alguien).
17. Sí NO ¿Su hijo (a) trata de hacer que lo cuide? (Por ejemplo, ¿su hijo/a busca ¿Alabar, o decir "mirar" o "verme"?)
18. Sí NO ¿Entiende su hijo cuando le dice que haga algo? (Por ejemplo, si no punto, ¿puede su hijo entender "dejar el libro", tráeme la manta, mi teléfono, taza, o una botella. ¿Se ve como si estuvieran tratando de entender?
19. Sí NO Si algo nuevo sucede, ¿tu hijo te mira la cara para ver cómo te sientes al respecto? (Por ejemplo, si oye un ruido extraño o divertido, o si caes algo, o ve un nuevo juguete ¿te mirará la cara?)
20. Sí NO ¿A su hijo le gustan las actividades de movimiento? (Por ejemplo, ser girado o rebotado en la rodilla).

### USO CLÍNICO SOLAMENTE

\_\_\_\_ Sin factores de riesgo                      \_\_\_\_ Factores de riesgo positivos

\_\_\_\_ M-CHAT R/F completado                      \_\_\_\_ Remisión para evaluación

Revisado por: \_\_\_\_\_



# Ages & Stages Questionnaires®

28 meses 16 días a 31 meses 15 días

## Cuestionario de 30 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:

D	D	M	M	A	A	A	A		

### Información del niño/a

Nombre del niño/a:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Inicial de su segundo nombre:

--

Apellido(s) del niño/a:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de nacimiento del niño/a:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

D D M M A A A A

Sexo del niño/a:

Masculino  Femenino

### Información de la persona que está llenando este cuestionario

Nombre:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Inicial de su segundo nombre:

--

Apellido(s):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dirección:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Parentesco con el niño/a:

Padre/madre  Tutor  Maestro/a  Educador/a o asistente de preescolar  
 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:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### INFORMACION DEL PROGRAMA

# de identificación del niño/a:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

# de identificación del programa:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre del programa:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



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: \_\_\_\_\_

---



---



---



---

**COMUNICACION**

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. Si Ud. señala un dibujo de una pelota (gatito, vaso, gorro, etc.) y le pregunta a su niña "¿Qué es?" ¿puede <i>identificar</i> y <i>nombrar</i> al menos un dibujo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
2. Sin darle pistas señalándole o usando gestos, ¿puede su niño seguir al menos <i>tres</i> de las siguientes instrucciones?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
<input type="radio"/> a. "Pon el juguete en la mesa". <input type="radio"/> d. "Busca tu abrigo". <input type="radio"/> b. "Cierra la puerta". <input type="radio"/> e. "Dame la mano". <input type="radio"/> c. "Tráeme una toalla". <input type="radio"/> f. "Agarra tu libro".				
3. Al pedirle a su niña que señale la nariz, los ojos, el pelo, los pies, las orejas, etc., ¿puede señalar al menos <i>siete</i> partes del cuerpo? (Las puede señalar en su propio cuerpo, en el de Ud. o en una muñeca. Marque "a veces" si señala correctamente al menos tres partes del cuerpo.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
4. ¿Forma su niño oraciones de tres o cuatro palabras? Favor de escribir un ejemplo:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; height: 60px; width: 100%;"></div>				
5. Sin darle pistas ni señas, ni hacer gestos, dígame a su niño: "Pon el libro encima de la mesa y pon el zapato debajo de la silla". ¿Puede seguir las dos instrucciones correctamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
6. Al mirar un libro de ilustraciones, ¿puede su niña decirle lo que pasa en la ilustración o nombrar la actividad que se muestra (por ejemplo, "ladra", "come", "corre", "llora")? Ud. puede preguntarle, "¿Qué hace el perro (o el niño)?"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
TOTAL EN COMUNICACION				—

**MOTORA GRUESA**

		SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. ¿Su niña corre bien y sabe detenerse sin chocar con las cosas o caerse?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
2. ¿Su niño sube o baja al menos dos escalones sin ayuda? Puede agarrarse de la pared o de la barandilla. (Ud. puede hacer esta observación en una tienda, en el parque, o en casa.)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
3. Sin apoyarse en ningún objeto, ¿sabe su niño dar una patada a un balón moviendo la pierna hacia atrás y luego hacia adelante?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
4. ¿Puede saltar su niño, levantando ambos pies del suelo a la vez?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
5. ¿Sube las escaleras su niño poniendo sólo un pie en cada escalón? (El pie izquierdo en un escalón y el derecho en el siguiente.) Puede agarrarse de la barandilla o de la pared.*		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	— *
6. ¿Puede pararse su niña en un solo pie por aproximadamente 1 segundo sin agarrarse de nada?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
					TOTAL EN MOTORA GRUESA —

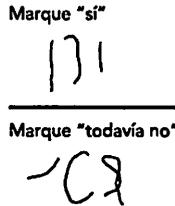
\*Si marcó "sí" o "a veces" en la pregunta 5, marque "sí" en la pregunta 2.

**MOTORA FINA**

1. ¿Rota (gira) la mano su niño al intentar abrir una puerta, darle cuerda a un juguete, jugar con un trompo, o poner y quitar una tapa de un frasco?

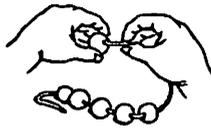
SI	A VECES	TODAVIA NO	—
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Después de observarlo/la a Ud. dibujar una línea de arriba abajo en una hoja de papel con un lápiz, una crayola, o una pluma, pídale a su niño que haga una línea como la suya. No lo deje dibujar encima de la suya ni usar papel transparente. ¿Su niño dibuja una línea vertical, copiando lo que Ud. hizo?



<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

3. ¿Sabe meter un cordón (o agujeta) por el agujero de objetos pequeños como cuentas de madera, sopa de macarrones o de rueditas, o por los agujeros de los zapatos?



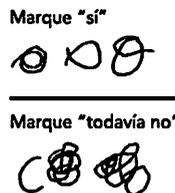
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

4. Después de observarlo/la a Ud. dibujar una línea de un lado al otro de la hoja de papel, pídale a su niña que haga una línea como la suya. No la deje dibujar encima de la suya ni usar papel transparente. ¿Su niña dibuja una línea horizontal, copiando lo que Ud. hizo?



<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

5. Después de observarlo/la a Ud. dibujar un círculo, pídale a su niño que dibuje un círculo como el suyo. No lo deje dibujar encima del suyo ni usar papel transparente. ¿Su niño dibuja un círculo, copiando lo que Ud. hizo?



<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

6. ¿Sabe darle la vuelta a las hojas de un libro una por una?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

TOTAL EN MOTORA FINA

**RESOLUCION DE PROBLEMAS**

1. Mientras su niño se mira en un espejo, pregúntele: "¿Dónde está \_\_\_\_\_?" (Diga el nombre de su niño.) ¿Se señala en el espejo?



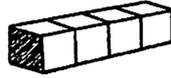
SI	A VECES	TODAVIA NO	—
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Si quiere algo que no alcanza, ¿busca su niña una silla o una caja para subirse encima y alcanzarlo? (Por ejemplo, para agarrar un juguete que está en el mostrador de la cocina, o para "ayudarlo" a Ud. en la cocina.)

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

**RESOLUCION DE PROBLEMAS** (continuación)

3. Mientras su niña lo/la observa, ponga *cuatro* objetos como unos cubos o unos carritos en línea recta. ¿Lo/la intenta imitar, poniendo los cuatro objetos en línea recta también? *(También puede usar carretes de hilo, unas cajitas u otros juguetes.)*



4. Al señalarle esta figura y preguntarle a su niño, "¿Qué es?", ¿dice una palabra que se refiera a una persona o a un ser que se parezca a una persona? *(Marque "sí" si da una respuesta como "muñeco de nieve", "niño", "señor", "niña", "papá", "astronauta", o "mono".)* Escriba la respuesta de su niño a continuación:



5. Si Ud. le dice a su niña, "Di 'siete tres'", ¿repite *únicamente* los dos números en el mismo orden? Ud. *no debe repetir los números*. Si es necesario, intente otro par de números, por ejemplo, "Di 'ocho dos'". *(Su niña sólo tiene que repetir una serie de dos números para que Ud. pueda marcar "sí" en esta pregunta.)*

6. Después de hacer un dibujo o trazar un garabato, ¿le dice su niño lo que acaba de dibujar? *(Ud. le puede decir, "Cuéntame algo sobre tu dibujo", o "¿Qué dibujaste?")*

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
<b>TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS</b>				—

**SOCIO-INDIVIDUAL**

1. Si Ud. hace algunos de los siguientes gestos, ¿su niña intenta imitar al menos uno de ellos?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> a. Abrir y cerrar la boca.  | <input type="radio"/> c. Jalarse la oreja.   |
| <input type="radio"/> b. Abrir y cerrar los ojos. | <input type="radio"/> d. Tocarse la mejilla. |

2. A la hora de comer, ¿su niño se mete la cuchara en la boca sin que se le caiga mucha comida?

3. ¿Su niña empuja un carrito con ruedas, un cochecito de bebé u otro juguete con ruedas, evitando chocar con las cosas y saliéndose en reversa de un rincón si no puede girar?

4. ¿Su niño se pone el abrigo, su chaqueta, o su camisa sin ayuda?

5. Si Ud. le ayuda a ponerse los pantalones, metiendo sus pies primero, ¿su niña se los sube hasta la cintura?

6. Si Ud. le pregunta a su niña, "¿Quién está ahí?" cuando se ve en el espejo, ¿contesta "yo" o dice su nombre?

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
<b>TOTAL EN SOCIO-INDIVIDUAL</b>				—

**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. ¿Otras personas pueden entender la mayor parte de lo que dice su niño/a? Si contesta "no", explique:  SI  NO

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

**OBSERVACIONES GENERALES** *(continuación)*

6. ¿Tiene algún familiar con historia de sordera o cualquier otro impedimento auditivo? Si contesta "sí", explique:

 SI NO

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

 SI NO

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

 SI NO

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

 SI NO

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

 SI NO



Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

# de identificación del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del programa/proveedor: \_\_\_\_\_

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	33.30		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○
Motora gruesa	36.14		●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○
Motora fina	19.25		●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○
Resolución de problemas	27.08		●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○
Socio-individual	32.01		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○

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. ¿Oye bien?<br>Comentarios:                                       | SÍ NO | 6. Historial: ¿Hay problemas auditivos en la familia?<br>Comentarios: | SI No |
| 2. ¿Habla como otros niños de su edad?<br>Comentarios:              | SÍ NO | 7. ¿Preocupaciones sobre la vista?<br>Comentarios:                    | SI No |
| 3. ¿Ud. entiende lo que dice su niño/a?<br>Comentarios:             | SÍ NO | 8. ¿Hay problemas de salud recientes?<br>Comentarios:                 | SI No |
| 4. ¿Otras personas entienden lo que dice su niño/a?<br>Comentarios: | SÍ NO | 9. ¿Preocupaciones sobre comportamiento?<br>Comentarios:              | SI No |
| 5. ¿Camina, corre, y trepa como otros niños?<br>Comentarios:        | SÍ NO | 10. ¿Otras preocupaciones?<br>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						