

## Revisión del Bebe Sano a Los 22 Meses

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### Dieta:

Le retirado al bebe el biberón y chupete? \_\_\_\_\_

Al niño le retirado el pecho? \_\_\_\_\_

El niño recibe una variedad de alimentos sólidos? \_\_\_\_\_

El niño bebe al menos 20 onzas de leche al día? \_\_\_\_\_

Le ofrece al niño agua en lugar de jugo? \_\_\_\_\_

### Dental:

El niño tiene algún diente? \_\_\_\_\_ si es así cuantos? \_\_\_\_\_

Se ha sometido a tratamientos con fluoruro? \_\_\_\_\_

Usa agua corriente para cepillarse los dientes dos veces al día? \_\_\_\_\_

Hay manchas en los dientes del niño? \_\_\_\_\_

Duerme con biberón o amamantan durante la noche? \_\_\_\_\_

### Eliminación:

Cuántos pañales mojados al día? \_\_\_\_\_

Cuántos pañales fecales al día? \_\_\_\_\_

### Dormir:

Su hijo duerme de 12 a 14 horas por la noche? \_\_\_\_\_

Cuántas siestas se toman al día? \_\_\_\_\_

### Comportamiento/temperamento

Tiene alguna inquietud??

---

### Desarrollo:

Tiene alguna inquietud sobre el desarrollo, comportamiento o aprendizaje de su hijo? Sí No

En caso afirmativo, si es así por favor descríballo:

---





# Ages & Stages Questionnaires®

21 meses 0 días a 22 meses 30 días

## Cuestionario de 22 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 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:  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: \_\_\_\_\_

### Información del programa

# de identificación del niño/a: _____	Edad al realizar la evaluación ASQ, en meses y días: _____
# de identificación del programa: _____	Si es niño/a 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 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 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: \_\_\_\_\_.

**Notas:**


---



---



---



---



---

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. Si Ud. señala un dibujo de una pelota (gatito, vaso, gorro, etc.) y le pregunta a su niña "¿qué es?", ¿puede <i>identificar y 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? ( <i>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.</i> )	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
4. ¿Dice su niño al menos 15 palabras además de "mamá" y "papá"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
5. ¿Puede usar correctamente al menos dos palabras como "mi", "yo", "mía", o "tú"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
6. ¿Puede decir dos o tres palabras juntas que representen ideas diferentes, como: "Veo perro", "Mamá llega casa", o "¿Se fue gatito"? ( <i>No cuente las combinaciones de palabras que expresen una sola idea como "se acabó", "está bien", y "¿qué es?"</i> ) Escriba un ejemplo de una combinación de palabras que dice su niño:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

TOTAL EN COMUNICACION \_\_\_\_\_

**MOTORA GRUESA**

- |   | SI                    | A VECES               | TODAVIA NO            |     |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----|
| <p>1. 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.)</p> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | —   |
|    |                       |                       |                       |     |
| <p>2. ¿Su niña corre bien y sabe detenerse sin chocar con las cosas o caerse?</p>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | —   |
|    |                       |                       |                       |     |
| <p>3. ¿Su niña puede bajar las escaleras si usted la 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.)</p>                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | —   |
| <p>4. ¿Su niño sube o baja al menos dos escalones sin ayuda? Puede agarrarse de la pared o de la barandilla.</p>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | —   |
|    |                       |                       |                       |     |
| <p>5. ¿Puede saltar su niño, levantando ambos pies del suelo a la vez?</p>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | —   |
|    |                       |                       |                       |     |
| <p>6. Sin apoyarse en ningún objeto, ¿sabe su niño dar una patada a un balón moviendo la pierna hacia atrás y luego hacia adelante?*</p>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — * |
|    |                       |                       |                       |     |

TOTAL EN MOTORA GRUESA

—

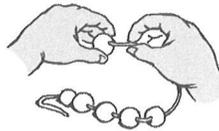
\*Si marcó "sí" o "a veces" en la pregunta 6, marque "sí" en la pregunta 1.

**MOTORA FINA**

- |  | SI                    | A VECES               | TODAVIA NO            |   |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| <p>1. Normalmente, ¿puede su niño meterse la cuchara en la boca sin que se le caiga la comida?</p>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| <p>2. ¿Puede su niña poner seis cubitos o juguetes pequeños uno sobre otro sin ayuda? (También puede usar carretes de hilo, cajitas, o juguetes que midan aproximadamente 1 pulgada, o 3 centímetros.)</p> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |

**MOTORA FINA** (continuación)

	SI	A VECES	TODAVIA NO	___
3. ¿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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
4. ¿Sabe darle la vuelta a las hojas de un libro sin ayuda? <i>(Tal vez pase más de una hoja a la vez.)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
5. ¿Su niña prende y apaga interruptores (como el de la luz)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
6. ¿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"/>	___
<b>TOTAL EN MOTORA FINA</b>				___

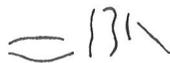


**RESOLUCION DE PROBLEMAS**

	SI	A VECES	TODAVIA NO	___
1. Sin enseñarle cómo hacerlo, ¿traza su niño garabatos o rayas cuando Ud. le da una crayola (o un lápiz o una pluma)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
2. Mientras su niña lo/la observa, ponga cuatro objetos, como unos cubos o unos carritos, en línea recta. ¿Lo/la intenta imitar poniendo al menos dos objetos en línea recta? <i>(También puede usar carretes de hilo, unas cajitas, u otros juguetes.)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
3. ¿Su niño juega con objetos imaginándose que son otras cosas? Por ejemplo, ¿se pone un vaso junto a la oreja jugando como si fuera un teléfono? ¿Se pone una caja en la cabeza como si fuera un gorro? ¿Usa un cubito u otro juguete pequeño para revolver la comida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
4. Después de observarlo/la a Ud. dibujar una línea de arriba a abajo usando una crayola (o pluma o lápiz), ¿su niño intenta dibujar una línea recta en <i>cualquier dirección</i> en la hoja de papel? <i>(Marque "todavía no" si su niño hace rayas o garabatos de un lado para otro.)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
5. Después de dejar caer una migaja o un Cheerio (cereal de desayuno) en una pequeña botella transparente, ¿pone la botella al revés para sacarlo? <i>(No le muestre cómo hacerlo.) (Puede usar una botella de refresco o un biberón.)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
6. Si Ud. le da una botella, una cuchara, o un lápiz al revés, ¿intenta su niña darle la vuelta para usarlo correctamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
<b>TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS</b>				___



Marque "sí"



Marque "todavía no"



**SOCIO-INDIVIDUAL**

	SI	A VECES	TODAVIA NO	___
1. ¿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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___

**SOCIO-INDIVIDUAL** *(continuación)*

	SI	A VECES	TODAVIA NO	—
2. Si Ud. hace algunos de los siguientes gestos, ¿su niño intenta imitar al menos uno de ellos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
<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.				
3. ¿Come con un tenedor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
4. ¿Sabe su niña beber de un vaso y bajarlo nuevamente sin que se le caiga mucho del contenido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
5. Al jugar con un animalito de peluche o con una muñeca, ¿lo mece, le da de comer, le cambia los pañales, lo acuesta, etc.?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
6. ¿Su niño 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?	<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

**OBSERVACIONES GENERALES** (continuación)

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

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 **22** meses

21 meses 0 días a  
22 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	13.04		●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Motora gruesa	27.75		●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○
Motora fina	29.61		●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○
Resolución de problemas	29.30		●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○
Socio-individual	30.07		●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○

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

## LISTA DE INDICADORES DE RIESGO DE LA PÉRDIDA DE OÍDO

(Para uso con forma de escalas de desarrollo cuando haga chequeo de KBH de nacimiento a cuatro años de edad.)

NOMBRE DEL NIÑO(A): \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

¿Cuál era el peso de nacimiento de su niño(a)? \_\_\_\_\_ ¿Fue prematuro(a)? \_\_\_\_\_ ¿Por cuantas semanas? \_\_\_\_\_

¿De recién nacido(a), se le hizo examen de oído a su niño(a)? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Desconocido \_\_\_\_\_

Resultados del examen \_\_\_\_\_

¿Después de nacimiento, se le ha hecho un examen de oído a su niño(a)? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Desconocido \_\_\_\_\_

Resultados del examen \_\_\_\_\_

Nombre del doctor primario del niño: \_\_\_\_\_

**Instrucciones: Marque una X en la columna apropiada. Si un indicador existe pero ha sido referido en un examen previo, anote a quién refirieron a el niño(a) y anote las recomendaciones de seguimiento.**

[N = indicador para infantes de nacimiento a 28 días de nacido quienes *no* tuvieron examen de oído de recién nacidos. Para niños mayores de 28 días, conteste todas las preguntas.]

**SÍ      NO**

- |                 |         |             |   |               |         |         |                 |        |             |
|-----------------|---------|-------------|---|---------------|---------|---------|-----------------|--------|-------------|
| _____           | _____   | 1.          | ¿Tiene una preocupación sobre la audición, el habla, lenguaje o retraso de desarrollo de su niño(a)?<br>Escriba preocupaciones: _____   |               |         |         |                 |        |             |
| _____           | _____   | 2.          | ¿De recién nacido, tuvo su niño(a) una enfermedad/condición que requiriera 48 horas o más en la Unidad de Cuidado Intensivo de Recién Nacidos? Explique: _____  |               |         |         |                 |        |             |
| _____           | _____   | 3.          | ¿Fue el niño(a) expuesto a cualquiera de los siguientes durante el embarazo de la madre? Marque todos que apliquen:<br><table style="margin-left: 20px; border: none;"> <tr> <td style="padding-right: 20px;">toxoplasmosis</td> <td style="padding-right: 20px;">sífilis</td> <td>rubéola</td> </tr> <tr> <td>citomegalovirus</td> <td>herpes</td> <td>desconocido</td> </tr> </table> | toxoplasmosis | sífilis | rubéola | citomegalovirus | herpes | desconocido |
| toxoplasmosis   | sífilis | rubéola     |   |               |         |         |                 |        |             |
| citomegalovirus | herpes  | desconocido |   |               |         |         |                 |        |             |
| _____           | _____   | 4.          | ¿Tiene su niño(a) partes anormales del oído externo, canal del oído, boca, nariz, cuello, o cabeza?<br>Explique: _____  |               |         |         |                 |        |             |
| _____           | _____   | 5.          | ¿Algún pariente de su niño(a) tuvo pérdida del oído permanente antes de la edad de 5 años?<br>Explique: _____   |               |         |         |                 |        |             |
| _____           | _____   | 6.          | ¿Al nacer, fue su niño(a) diagnosticado(a) con un síndrome o condición conocida a incluir una sordera neurosensorial o conductiva o Disfunción de la Trompa de Eustaquio?<br>Explique: _____  |               |         |         |                 |        |             |
| _____           | _____   | 7.          | ¿Ha sido diagnosticado su niño(a) con cualquier síndrome asociado con sordera progresiva tal como Down, Usher, Waardenburg; un desorden neurodegenerativo tal como el Síndrome de Hunter; o neuropatías sensorimotoras tal como Friedrich's ataxia o síndrome Charcot-Marie-Tooth?<br>Explique: _____   |               |         |         |                 |        |             |
| _____           | _____   | 8.          | ¿Ha tenido su niño(a) bacteria meningitis (u otras infecciones pos-natales) asociadas con sordera? ¿Si sí, a qué edad?<br>Examen de audición desde entonces? _____  |               |         |         |                 |        |             |
| _____           | _____   | 9.          | ¿Alguna vez el niño(a) ha tenido algún trauma de cabeza?<br>Explique: _____   |               |         |         |                 |        |             |
| _____           | _____   | 10.         | ¿De recién nacido, tuvo su niño(a) un cambio transfusión a causa de hiperbilirrubinemia, o tiene la necesidad de ventilación mecánica, o condiciones que requieren la Oxigenación por Membrana Extracorpórea?<br>Explique: _____  |               |         |         |                 |        |             |
| _____           | _____   | 11.         | Ha tenido su niño(a) otitis media con efusión que dure más de 3 meses? Sí _____ No _____<br>¿Si sí, le pusieron tubos? Sí _____ No _____ ¿Si sí, cuando? _____<br>¿Los tiene puestos ahora? Sí _____ No _____   |               |         |         |                 |        |             |

**Nota:** La presencia de cualquier indicador de riesgo denota lo necesidad a un examen cada 6 meses hasta la edad de 3 años, o de otra manera indicado por el audiólogo.

Pasó = Todas respuestas "NO"      Referir = Una o más "SÍ" respuestas

**Marque Uno:**     Pasó     Referir      **Si otro, explique:** \_\_\_\_\_

**Proveedor que hizo el chequeo:** \_\_\_\_\_      **Fecha:** \_\_\_\_\_

### ESCALAS DE DESARROLLO

(PARA USO CON INDICADORES DE PERDIDA DE OIDO DE CHEQUEOS DE KBH DE RECIEN NACIDOS A CUATRO ANOS DE EDAD.)

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

Edad Cronológica del Niño \_\_\_\_\_ Prematuro \_\_\_\_\_ meses Edad ajustada \_\_\_\_\_

¿SU NIÑO(A): (Por favor marque las preguntas en la categoría de la edad apropiada – use **edad ajustada**.)

SÍ	NO	
_____	_____	<b>De nacimiento a 4 meses</b>
_____	_____	se asusta o llora con ruidos fuertes?
_____	_____	se despierta con sonidos fuertes?
_____	_____	para de moverse cuando se hace un sonido nuevo?
_____	_____	responde a una voz familiar?
_____	_____	para de llorar cuando se le habla?
_____	_____	<b>4 a 8 meses</b>
_____	_____	se mueve o despierta cuando duerme sin ruido y alguien habla o hace un ruido fuerte?
_____	_____	intenta voltear la cabeza hacia un sonido interesante o cuando se le llama por su nombre?
_____	_____	escucha un juguete musical, campana, o sonaja?
_____	_____	llora cuando está expuesto a un sonido repentino o ruidoso?
_____	_____	hace varios sonidos de charla?
_____	_____	<b>8 a 12 meses</b>
_____	_____	responde de cierta manera a la instrucción de “no”
_____	_____	reacciona cuando se le llama por su nombre?
_____	_____	voltea hacia el lugar de donde viene un sonido?
_____	_____	se mueve o despierta cuando duerme sin ruido y alguien habla o hace un sonido fuerte?
_____	_____	intenta imitarle si usted hace sonidos familiares?
_____	_____	usa una variedad de consonantes y vocales cuando charla (charla canonical*)?
_____	_____	<b>12 a 18 meses</b>
_____	_____	dice “mama” o “dada” e imita muchas palabras que usted dice?
_____	_____	responde a peticiones tales como “ven aquí” y “quieres más”?
_____	_____	voltea para mirar en la dirección de donde el sonido vino cuando se presenta un sonido interesante?
_____	_____	despierta cuando hay un sonido ruidoso?
_____	_____	<b>18 a 24 meses</b>
_____	_____	intenta cantar?
_____	_____	señala a varias diferentes partes del cuerpo?
_____	_____	responde a comandos simples tales como “pon la pelota en la caja”?
_____	_____	habla por lo menos 20 palabras?
_____	_____	pide cosas por nombre tales como leche o galletas?
_____	_____	<b>2 a 5 años</b>
_____	_____	señala a una foto si usted dice “Donde esta _____?”
_____	_____	habla con frases pequeñas?
_____	_____	nota la mayoría de los sonidos?
_____	_____	escucha la televisión o el radio en el mismo nivel de sonido como otros miembros de la familia?
_____	_____	le oye cuando usted le llama por su nombre de otro cuarto?

(\*Charla canonical es definido como charla no-repetitiva usando varias combinaciones de consonantes y vocales, tal como “itika”, “dabata”, o “omada”. Es bastante diferente a una charla común, tal como “dada”, “mama”, o “baba”.)

Pasó = Todas respuestas “SÍ” o solamente una respuesta “NO” Referir = Dos o más “NO” respuestas

Marque Uno:  Pasó  Referir  Si otro, explique: \_\_\_\_\_

**PLEASE NOTE PROVIDERS ARE REQUIRED TO INTERPRET AND INITIATE CARE WHEN INDICATED**



## Cuestionario Obligatorio para Examen de Plomo en la Sangre

Debe ser completado en cada examen de KBH de 6 a 72 meses

<b>Su hijo:</b> (circule la respuesta recibida)	<b>FECHA:</b> (MM/DD/YYYY)						
1) ¿A vivido en o visitado una casa o apartamento construido antes del 1960? (Esto puede incluir una guardería, preschool, la casa de su niñera o un pariente.)	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
2) ¿A vivido en o visitado regularmente una casa o apartamento construido antes del 1960 que este, aya estado, o vaya estar bajo renovación o remodelación?	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
3) ¿Tiene un pariente con un alto nivel de plomo en la sangre?	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
4) ¿Tiene comunicación con un adulto que trabaje o que tenga un pasatiempo que involucre la exposición a plomo? acabado de muebles, haciendo vidrio manchado, electrónicos, soldando, reparación automotriz, haciendo pesas o señuelos para pescar, cargando casquillos o balas en una escopeta, disparando armas, haciendo reparos o remodelaciones, pintando/desmontando pintura, juguetes antiguos o importados, y/o haciendo cerámica	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
5) ¿A vivido cerca de un fundidor de plomo, planta de baterías u otra industria de plomo? parque/explosivos, reparación de auto/ exterior de auto, quitando o juntando cable/alambre, produciendo cables, cerámica, rango de disparos, fabrica de vidrio plomado, maquinaria/equipo industrial, maquinaria o reparación de joyas, mina de plomo, fabricante de pintura/pigmento, plomería, reparación de radiador, yunque de metal o baterías, hierro o metal, o fundidor derretido	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
6) ¿Usa trastes cristalinos o de cerámica para cocinar, comer o beber?	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
Una respuesta positiva a estas preguntas <u>exige</u> obtener el nivel de plomo en la sangre. Por favor, recuerde que el nivel de plomo en la sangre es obligatorio a los 12 y 24 meses, aunque las respuestas no sean positivas. ¿Se obtuvo el nivel de sangre?	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
<b>Iniciales de Personal que dio la entrevista</b>							

**Firma de Personal:**


**POR FAVOR NOTE QUE LOS PROVEEDORES DEBE INTERPRETAR E INICIAR CUIDADO SE INDICA.**

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Numero de ID:** \_\_\_\_\_