

Revisión del Bebe Sano a los 2 años

Nombre: _____

Fecha: _____

Dieta:

¿El niño recibe calcio 700 mg al día y vitamina D (600 UI al día)? _____

¿El niño recibe variedad de comida sólida? _____

A la hora de las comidas la familia se reúnen a compartir los alimentos?

El niño toma leche y agua? _____

¿Cuánto jugo y bebidas dulces está tomando su hijo? _____

Dental:

¿El niño se cepilla los dientes?? _____

¿Se ha sometido a tratamientos con flúoruro? _____

¿El niño ha ido al dentista? _____

¿El niño usa pasta dental con flúoruro dos veces al día? _____

¿El niño duerme con biberón o es amamantado durante la noche? _____

¿El niño usa un chupete?? _____

Eliminación:

¿El niño ha comenzado a ir al baño?? _____

Cuántos veces al día orina? _____

Cuántas heces al día? _____

Dormir:

¿Su hijo está durmiendo de 11 a 13 horas?? _____

Cuántas siestas se toma en un día? _____

Comportamiento/temperamento

¿Tiene alguna inquietud?

Desarrollo:

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

En caso afirmativo, por favor Describalo:

Los niños de 2 años casi todos lo harán (por favor, marque sí o no)

- Alimenta muñeca si no
- Le quita las prendas si no
- Hace una torre con 4 cubos si no
- Conoce 6 partes del cuerpo si no
- Usa 2 palabras juntas si no
- Puede señalar 2 palabras juntas si no
- Puede decir al menos 50 palabras si no
- Es comprensible por extraños el 50% del tiempo si no
- Corre bien y sube escalones si no
- Puede lanzar una pelota por encima de la cabeza si no

Algunos niños pueden

- Cepillarse los dientes con ayuda si no
- Lavarse y secarse las manos si no
- Hace torres con 6 cubos si no
- Puede nombrar 4 objetos si no
- Saltar si no
- Se viste con ayuda si no

Social:

Cualquier cambio en el hogar o nuevos factores estresantes?



Cuestionario de 30 meses

28 meses 16 días
a 31 meses 15 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: _____.

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			—

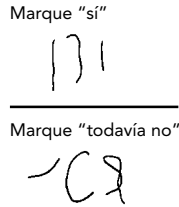
*Si marcó "sí" o "a veces" en la pregunta 5, marque "sí" en la pregunta 2.

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?

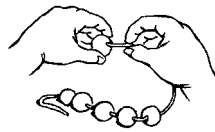
SI	A VECES	TODAVIA NO	_____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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"/>	_____
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-------

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?



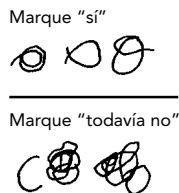
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-------

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"/>	_____
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-------

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"/>	_____
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-------

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

<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?



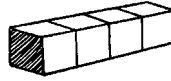
SI	A VECES	TODAVIA NO	_____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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 "ayudarle" a Ud. en la cocina.)

<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.)*



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

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:*



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

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.)*

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

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?")*

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

TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS —

SOCIO-INDIVIDUAL

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

SI	A VECES	TODAVIA NO	
<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. |

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

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

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?

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

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

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

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

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

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

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

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

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)?
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:
<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?
Explique: _____ | | | | | | |
| _____ | _____ | 5. | ¿Algún pariente de su niño(a) tuvo pérdida del oído permanente antes de la edad de 5 años?
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?
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?
Explique: _____ | | | | | | |
| _____ | _____ | 8. | ¿Ha tenido su niño(a) bacteria meningitis (u otras infecciones pos-natales) asociadas con sordera? ¿Si sí, a qué edad?
Examen de audición desde entonces? _____ | | | | | | |
| _____ | _____ | 9. | ¿Alguna vez el niño(a) ha tenido algún trauma de cabeza?
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?
Explique: _____ | | | | | | |
| _____ | _____ | 11. | Ha tenido su niño(a) otitis media con efusión que dure más de 3 meses? Sí _____ No _____
¿Si sí, le pusieron tubos? Sí _____ No _____ ¿Si sí, cuando? _____
¿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	
_____	_____	De nacimiento a 4 meses
_____	_____	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?
_____	_____	4 a 8 meses
_____	_____	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?
_____	_____	8 a 12 meses
_____	_____	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*)?
_____	_____	12 a 18 meses
_____	_____	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?
_____	_____	18 a 24 meses
_____	_____	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?
_____	_____	2 a 5 años
_____	_____	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

Su hijo: (circule la respuesta recibida)	FECHA: (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 exige 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
Iniciales de Personal que dio la entrevista							

Firma de Personal:

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

Nombre del Paciente: _____

Numero de ID: _____