

Revisión del niño sano a la edad de 3 años

Nombre: _____

Fecha: _____

Dieta:

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

Dental:

¿Te has hecho tratamientos con fluoruro? _____

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

¿El niño ha ido al dentista? _____

Eliminación:

¿Su hijo tiene heces regulares? _____

¿Su hijo está entrenado para ir al baño? _____

¿Su hijo a tenido accidentes para ir al baño? _____

Dormir:

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

¿Su hijo duerme toda la noche? _____

¿Su hijo tiene tiempo tranquilo por la noche? _____

Comportamiento/temperamento

¿Tienes alguna inquietud?

Desarrollo:

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

En caso afirmativo, sírvase describir:



Ages & Stages Questionnaires®

39 meses 0 días a 44 meses 30 días

Cuestionario de 42 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: _____

Sexo del niño/a:
 Masculino Femenino

Fecha de nacimiento del niño/a: _____

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: _____

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:

- 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:

COMUNICACION

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. Sin darle pistas ni señas, ni hacer gestos, dígame a su niño: "Pon el libro encima de la mesa y pon el zapato <i>debajo</i> de la silla". ¿Puede seguir las dos instrucciones correctamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
2. 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", o "llora")? Ud. puede preguntarle, "¿Qué hace el perro (o el niño)?"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
3. Enséñele a su niño como el cierre (cremallera) de un abrigo sube y baja y dígame: "Mira, esto sube y baja". Suba el cierre hasta la mitad y pídale que lo <i>baje</i> . Suba el cierre hasta la mitad otra vez y pídale que lo <i>suba</i> . Repita esto varias veces antes de pedirle que lo haga solo. ¿Siempre sube el cierre cuando Ud. le dice "súbelo" y siempre lo baja al decirle "bájalo"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
4. Al preguntarle a su niña, "¿Cómo te llamas?" ¿responde diciendo su nombre y apellido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
5. Sin hacer señas para ayudarlo ni repetir las instrucciones, ¿puede su niño llevar a cabo tres acciones <i>completamente diferentes</i> cuando Ud. se lo pide? Debe decirle las tres instrucciones antes de que él comience a hacerlas. Por ejemplo, le puede pedir, "Aplauda con las manos, camina hasta la puerta, y siéntate", o "Dame la pluma, abre el libro, y ponte de pie".	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
6. Al formar oraciones, ¿incluye su niña todas las palabras necesarias (como "un", "el", "la", "soy", "es", "está", y "son") para que sean completas? Por ejemplo dice: "Voy al parque", "¿Dónde está el juguete?" o "¿Vas a venir también?"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___

TOTAL EN COMUNICACION ___

MOTORA GRUESA

1. ¿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. (Ud. puede hacer esta observación en lugares como una tienda, el parque, o en casa.)



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

2. ¿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"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	--------------------------

3. Al estar de pie, ¿su niño lanza una pelota hacia adelante, levantando el brazo a la altura del hombro? (Marque "todavía no" si la deja caer o si la tira desde la altura de la cintura.)



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

4. ¿Salta su niña hacia adelante con los dos pies juntos al menos 6 pulgadas (o 15 centímetros)?



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

5. Cuando Ud. le lanza una pelota grande, ¿su niño la agarra con las dos manos? (Ud. debe situarse a unos 5 pies, o 1.5 metros, de su niño y darle dos o tres oportunidades para hacer la actividad antes de marcar la respuesta.)



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

6. En el parque infantil, ¿puede su niña subir los escalones de la resbaladilla para llegar a lo alto y después deslizarse sin ayuda?

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

TOTAL EN MOTORA GRUESA

MOTORA FINA

1. 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?

Marque "sí"

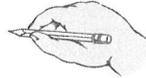
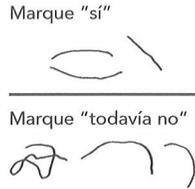
SI	A VECES	TODAVIA NO	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>

Marque "todavía no"



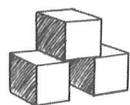
MOTORA FINA *(continuación)*

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
<p>2. 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?</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
<p>3. ¿Su niño intenta cortar papel con tijeras para niños? No es necesario que llegue a cortar el papel, pero sí debe saber abrir y cerrar las tijeras mientras que agarra el papel con la otra mano. <i>(Ud. puede enseñarle cómo se usan las tijeras. Asegúrese de supervisar a su niño cuando esté usando las tijeras para que no se vaya a cortar.)</i></p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
<p>4. Al hacer un dibujo, ¿sujeta el lápiz, la crayola, o la pluma con los dedos y el pulgar como lo hace un adulto?</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
<p>5. ¿Puede armar un rompecabezas de cinco a siete piezas que se conectan entre sí? <i>(Si Ud. no tiene disponible un rompecabezas, tome una fotografía grande de una revista y córtela en 6 piezas.)</i> ¿Puede reconstruir la imagen, juntando las piezas?</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
<p>6. Muéstrela a su niña la figura de la derecha. ¿Puede ella copiarla en una hoja de papel grande con un lápiz, una crayola, o una pluma, sin trazarla por encima? <i>(El dibujo de su niña debe verse como la figura, excepto que puede ser de tamaño diferente.)</i></p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
TOTAL EN MOTORA FINA				—

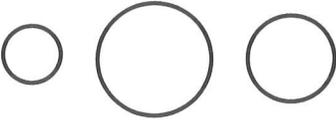


RESOLUCION DE PROBLEMAS

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
<p>1. 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? <i>(Marque "sí" si da una respuesta como "muñeco de nieve", "niño", "señor", "niña", "papá", "astronauta", o "mono".)</i> Escriba la respuesta de su niño a continuación:</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 20px; height: 60px; margin-top: 10px;"></div>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
<p>2. Si Ud. le dice a su niña, "Di 'siete tres'", ¿repite <i>únicamente</i> los dos números en el mismo orden? <i>Ud. no debe repetir los números.</i> Si es necesario, intente otro par de números, por ejemplo, "Di 'ocho dos'". <i>(Su niña sólo tiene que repetir una serie de dos números para que Ud. pueda marcar "sí" en esta pregunta.)</i></p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
<p>3. Muéstrela a su niño cómo hacer un puente con cubos, cajas, o latas como el del dibujo. ¿Su niño lo/la imita haciendo un puente que se parece al de Ud.?</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—



RESOLUCION DE PROBLEMAS (continuación)

- | | SI | A VECES | TODAVIA NO | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| 4. Si Ud. le dice a su niña: "Di 'cinco, ocho, tres'", ¿repite ella <i>únicamente</i> los tres números en el mismo orden? Ud. <i>no debe repetir los números</i> . Si es necesario, intente otra serie de números, por ejemplo, "Di 'siete, nueve, dos'". (Su niña sólo tiene que repetir una serie de tres números para que Ud. pueda marcar "sí" en esta pregunta.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 5. Si Ud. le pregunta, "Cuál círculo es el más pequeño?" ¿apunta su niño al círculo correcto? (Haga esta pregunta sin ayudarlo a través de señas o gestos que le puedan indicar cuál es el círculo más pequeño.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
|  | | | | |
| 6. ¿Se disfraza y actúa imaginando ser alguien o algo diferente? Por ejemplo, se viste con ropa diferente y se imagina que es la mamá, el papá, el hermano, la hermana, un animal, o cualquier otro ser imaginario? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS | | | | — |

SOCIO-INDIVIDUAL

- | | SI | A VECES | TODAVIA NO | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| 1. 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"/> | — |
| 2. ¿Su niño se pone el abrigo, su chaqueta, o su camisa sin ayuda? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 3. Háglele la siguiente pregunta a su niña empleando estas palabras exactas: "¿Eres una niña o un niño?" ¿Sabe responder correctamente? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 4. ¿Puede esperar su turno su niño, respetando el turno de los otros niños o adultos? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 5. ¿Usa cubiertos para servirse comida, sacándola de un recipiente y poniéndola en otro? Por ejemplo, ¿su niña puede usar una cuchara grande para sacar puré de manzana de un recipiente y ponerlo en un plato hondo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 6. ¿Se lava las manos con agua y jabón y después se seca sin ayuda? | <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

OBSERVACIONES GENERALES (continuación)

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

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

OBSERVACIONES GENERALES (continuación)

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	27.06		●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○
Motora gruesa	36.27		●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○
Motora fina	19.82		●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Resolución de problemas	28.11		●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○
Socio-individual	31.12		●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○

2. TRANSFIERA LAS RESPUESTAS DE LA SECCION TITULADA "OBSERVACIONES GENERALES": Las respuestas escritas en negrita 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: _____

Well Child Check Visual Acuity

Corrected: Yes / No

OD - Right eye: 20/____

OS - Left eye: 20/____

OU - Both eyes: 20/____

Patient is unable to complete visual acuity due to:

***Please remember to document in Cerner intake