

## Revisión del niño sano a los 4 años

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

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

### Dieta:

¿El niño recibe calcio 1000 mg / día y vitamina D (600 UI / día)? \_\_\_\_\_

### Dental:

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

¿El niño ha ido al dentista? \_\_\_\_\_ Se recomienda cada 6 meses

¿Le han hecho tratamientos con fluoruro? \_\_\_\_\_

### Eliminación:

¿Su hijo tiene heces regulares? \_\_\_\_\_

¿Su hijo está entrenado para ir al baño? \_\_\_\_\_

¿Su hijo ha tenido accidentes para ir al baño? \_\_\_\_\_

### Dormir:

¿Su hijo está durmiendo de 11 a 13 horas? \_\_\_\_\_

¿Su hijo duerme toda la noche? \_\_\_\_\_

¿Su hijo toma siestas? \_\_\_\_\_

### Comportamiento/temperamento

¿Tienes alguna inquietud?

---

### Desarrollo:

¿Tiene alguna inquietud sobre el desarrollo, comportamiento o aprendizaje de su hijo? Sí No  
En caso afirmativo, por favor descríballo:

---

Los niños de 4 años casi todos lo harán (por favor, marque sí o no)

- Se viste sin ayuda si no
- Copia un círculo si no
- Conoce 3 adjetivos si no
- Cuando habla es 100% comprensible si no
- Cuenta un bloque si no
- Uso de 3 objetos si no
- Knows 4 actions si no
- Equilibrio en cada pie durante 2 segundos si no
- Dibuja 3 partes de una persona si no
- Can give first and last name si no
- Se involucra en el juego de fantasía si no

Algunos niños pueden

- Se Cepílla los dientes sin ayuda si no
- Prepara cereales si no
- Jugar juegos de mesa o de cartas si no
- Elige una línea más larga entre los dos si no
- Salta si no
- Conoce cuatro o más colores si no
- Equilibrio en cada pie durante 3 segundos si no

**Social:**

Cualquier cambio en el hogar o nuevos factores estresantes?

---



# Ages & Stages Questionnaires®

51 meses 0 días a 56 meses 30 días

## Cuestionario de 54 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. ¿Su niña puede mencionar al menos dos características de objetos ordinarios? Por ejemplo, al decirle, "Dime algo sobre tu pelota", ¿dice su niña algo como "Es redonda", "La tiro", "Es grande"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
2. Al formar oraciones, ¿incluye su niño 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"/>	_____
3. Al formular sus palabras, ¿su niña usa terminaciones como "-é", "-ando", y "-s"? Por ejemplo, dice "Tiré la pelota", "Estoy jugando", o "Veo dos gatos".	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
4. 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"/>	_____
5. ¿Usa su niña oraciones de cuatro y cinco palabras? Por ejemplo, ¿dice su niña, "Quiero el coche verde", o "Quiero ponerme el suéter rojo"? Por favor, escriba un ejemplo:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

## COMUNICACION (continuación)

6. Al hablar de algo que ya ha pasado, ¿usa su niña el tiempo pasado de los verbos (con terminaciones como -é, -aste, -ió, -ieron, etc.) como *caminaron, jugué, o brincamos*? Hágale preguntas a su niña como, "¿Cómo te fuiste a la tienda?" ("Caminé".) ¿Qué hiciste en la casa de tus amigas?" ("Jugamos a las muñecas".) Por favor, escriba un ejemplo:

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

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

## MOTORA GRUESA

1. ¿Brinca con un solo pie (ya sea el izquierdo o el derecho) al menos una vez sin perder el equilibrio o caerse?

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

2. Al estar de pie, ¿lanza una pelota hacia adelante, tirándola en la dirección de una persona que está a una distancia de al menos 6 pies (2 metros)? Su niño debe *levantar el brazo* a la altura del hombro para lanzarla. (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"/>	_____
--	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-------

3. Empezando de pie y con los dos pies juntos, ¿su niño brinca una distancia de 20 pulgadas (medio metro)?

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

4. 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"/>	_____
--	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-------

5. Sin apoyarse en ningún objeto, ¿se para en un solo pie al menos por 5 segundos sin perder el equilibrio y sin bajar el otro pie para apoyarse? (Ud. puede darle dos o tres oportunidades para hacer la actividad antes de marcar la respuesta.)



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

6. ¿Puede su niña andar de puntas una distancia de 15 pies (aproximadamente la longitud de un auto grande)? (Ud. puede demostrarle cómo hacerlo.)

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

TOTAL EN MOTORA GRUESA \_\_\_\_\_

## MOTORA FINA

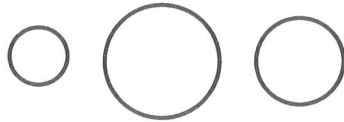
	SI	A VECES	TODAVIA NO	___
1. Usando de modelo las figuras de abajo, ¿copia su niño al menos tres de ellas en un papel grande con un lápiz, una crayola, o una pluma sin usar papel transparente o dibujar encima de las figuras? <i>(Los dibujos deben parecerse a las figuras, aunque puedan ser de un tamaño diferente.)</i>  <div style="text-align: center; font-size: 2em;">                         L      +             ○                     </div>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
2. ¿Desabotona su niña uno o más botones? Puede usar su propia ropa o la de una muñeca.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
3. Colorea generalmente sin salirse de la raya, ya sea una figura en un libro para colorear o un círculo de 2 pulgadas (5 centímetros) que Ud. trace? <i>(Su niño no debe salirse más de 1/4 de pulgada, o un centímetro, fuera de la raya en la mayor parte del dibujo.)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
4. Pídale a su niña que trace sobre la línea de abajo con un lápiz. ¿Puede trazar la línea sin salirse de la raya más de dos veces? <i>(Marque "a veces" si su niña se sale de la raya tres veces.)</i>  <div style="text-align: center; border-top: 1px solid black; width: 200px; margin: 0 auto;"></div>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
5. Pídale a su niño que haga un dibujo de una persona en un papel en blanco. Ud. puede decirle: "Hazme un dibujo de un chico o de una chica". Si su niño dibuja una persona con cabeza, cuerpo, brazos, y piernas, marque "sí". Si su niño dibuja una persona incluyendo solamente tres partes del cuerpo (cabeza, tronco, brazos, o piernas), marque "a veces". Si su niño dibuja una persona incluyendo dos partes o menos del cuerpo (cabeza, tronco, brazos, o piernas), marque "todavía no". Asegúrese de entregar la hoja con el dibujo que hizo con este cuestionario.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
6. Dibuje una línea en una hoja de papel. Usando tijeras para niños, ¿puede su niña cortar el papel a la mitad, siguiendo (más o menos) una línea recta y haciendo que las tijeras se abran y se cierren? <i>(Por razones de seguridad, observe a su niña cuidadosamente mientras hace esta actividad.)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: flex-end;"> </div>				
<b>TOTAL EN MOTORA FINA</b>				___

## RESOLUCION DE PROBLEMAS

	SI	A VECES	TODAVIA NO	___
1. Si Ud. le muestra diferentes objetos y le pregunta a su niño, "¿De qué color es esto?" ¿dice los nombres de cinco colores diferentes, como rojo, azul, amarillo, anaranjado, negro, blanco, o rosado? <i>(Marque "sí" solamente si contesta la pregunta correctamente mencionando al menos cinco colores.)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
2. ¿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"/>	___

**RESOLUCION DE PROBLEMAS** *(continuación)*

- |  | SI                    | A VECES               | TODAVIA NO            |   |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| 3. Si Ud. pone cinco objetos delante de su niña, ¿los puede contar diciendo "uno, dos, tres, cuatro, cinco" en el orden correcto? <i>(Haga esta pregunta sin ayudarle, hacer señas, o decir los nombres de los objetos.)</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 4. Si Ud. le pregunta, "¿Cuál círculo es el más pequeño?" ¿apunta su niño al círculo correcto? <i>(Haga esta pregunta sin ayudarle a través de señas o gestos que le puedan indicar cuál es el círculo más pequeño.)</i>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |



- |  |                       |                       |                       |   |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| 5. ¿Puede su niña contar hasta 15 sin errores? Si puede hacerlo, marque "sí". Si su niña cuenta hasta 12 sin errores, marque "a veces".                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 6. ¿Sabe su niño los nombres de los números? <i>(Marque "sí" si puede identificar los tres números de abajo. Marque "a veces" si puede identificar dos números.)</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |

3                  1                  2

TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS      —

**SOCIO-INDIVIDUAL**

- |   | SI   | A VECES                              | TODAVIA NO                       |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--------------------------------------|----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 1. ¿Se lava las manos con agua y jabón y después se seca sin ayuda?   | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/>                | <input type="radio"/>            | —  |  |  |  |  |  |  |
| 2. ¿Puede decir los nombres de al menos dos compañeros de juego, sin incluir a los hermanos? <i>(Pregúntele quiénes son sus amigos sin mencionar el nombre de ninguno de ellos.)</i>  | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/>                | <input type="radio"/>            | —  |  |  |  |  |  |  |
| 3. ¿Se lava los dientes poniendo pasta de dientes en el cepillo y cepillándose todos los dientes sin ayuda? <i>(Responda "sí" aunque Ud. tenga que revisar que su niño se haya lavado bien y/o cepillarle de nuevo los dientes.)</i>  | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/>                | <input type="radio"/>            | —  |  |  |  |  |  |  |
| 4. ¿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"/>            | —  |  |  |  |  |  |  |
| 5. ¿Puede su niño decirle por lo menos cuatro de los siguientes datos? Por favor, marque los datos que su niño le dice correctamente.   | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/>                | <input type="radio"/>            | —  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="radio"/> a. Su nombre</td> <td style="width: 50%;"><input type="radio"/> d. Su apellido</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> b. Su edad</td> <td><input type="radio"/> e. Si es niño o niña</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> c. La ciudad en que vive</td> <td><input type="radio"/> f. Su número de teléfono</td> </tr> </table> | <input type="radio"/> a. Su nombre             | <input type="radio"/> d. Su apellido | <input type="radio"/> b. Su edad | <input type="radio"/> e. Si es niño o niña | <input type="radio"/> c. La ciudad en que vive | <input type="radio"/> f. Su número de teléfono |  |  |  |  |
| <input type="radio"/> a. Su nombre  | <input type="radio"/> d. Su apellido           |                                      |                                  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="radio"/> b. Su edad  | <input type="radio"/> e. Si es niño o niña     |                                      |                                  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="radio"/> c. La ciudad en que vive  | <input type="radio"/> f. Su número de teléfono |                                      |                                  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. ¿Su niña se viste y se desviste sin ayuda, abotonando botones de tamaño mediano y subiendo o bajando cierres (cremalleras) que se encuentren en la parte frontal de la ropa?   | <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	31.85		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○
Motora gruesa	35.18		●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○
Motora fina	17.32		●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Resolución de problemas	28.12		●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○
Socio-individual	32.33		●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○

**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. Historial: ¿Hay problemas auditivos en la familia?<br>Comentarios: | <b>SI</b> | No |
| 2. ¿Habla como otros niños de su edad?<br>Comentarios:              | Sí | <b>NO</b> | 7. ¿Preocupaciones sobre la vista?<br>Comentarios:                    | <b>SI</b> | No |
| 3. ¿Ud. entiende lo que dice su niño/a?<br>Comentarios:             | Sí | <b>NO</b> | 8. ¿Hay problemas de salud recientes?<br>Comentarios:                 | <b>SI</b> | No |
| 4. ¿Otras personas entienden lo que dice su niño/a?<br>Comentarios: | Sí | <b>NO</b> | 9. ¿Preocupaciones sobre comportamiento?<br>Comentarios:              | <b>SI</b> | No |
| 5. ¿Camina, corre, y trepa como otros niños?<br>Comentarios:        | Sí | <b>NO</b> | 10. ¿Otras preocupaciones?<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 audiciencia, 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
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
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
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
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
6) ¿Usa trastes cristalinos o de cerámica para cocinar, comer o beber?	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
Una respuesta positiva a estas preguntas <b>exige</b> 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
<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:** \_\_\_\_\_

# 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