

Revisión de Niño Sano a los 8 Meses

Nombre: _____

Date: _____

Dieta:

Método de alimentación del bebé? _____

Si está amamantando, ¿complementa con un suplemento de vitamina D? _____

Frecuencia de alimentación? _____

Cantidad/duración de la alimentación? _____

Despierta por la noche? _____

El bebé usa chupete? _____

El bebé ha mostrado interés en los alimentos sólidos? _____

Le ha dado a su hijo algún otro líquido, semisólido para proporcionarle nutrientes? _____

Si es así, ¿qué? _____

Le da de beber a su hijo en una taza? _____

Eliminación:

Cuántos pañales mojados al día? _____

Cuántos pañales fecales al día? _____

Dental:

El bebé tiene dientes? _____ si es así, ¿cuántos? _____

Usa agua corriente para enjuagarse los dientes dos veces al día? _____

Hay manchas en los dientes del niño? _____

Duerme con biberón o amamanta durante la noche? _____

Dormir:

El bebé duerme de 9 a 12 horas por la noche? _____

El bebé toma siestas 1-4 veces al día durante 30 min-2 horas a la vez? _____

Cuántos despertares nocturnos? _____

Comportamiento/temperamento

Tienes alguna inquietud?

Desarrollo:

Tiene alguna inquietud sobre el desarrollo, el comportamiento o el aprendizaje de su hijo?

sí no

En caso afirmativo, por favor descríballo:

Los bebés a los 8 meses casi todos lo harán (por favor, marque sí o no)

- Sostiene su propio biberón o se alimenta solo sí no
- Trabaja para alcanzar por un juguete sí no
- Reconoce los juguetes sí no
- Alcanza las cosas sí no
- Voltea al escuchar una voz sí no
- Voltea al escuchar el sonido de traqueteo sí no
- Se jala para sentarse y sostiene la cabeza sí no
- rueda en ambos sentidos sí no

Algunos bebés pueden

- imitar sonidos del habla sí no
- Trata de jalar con los dedos objetos sí no
- Pasa los objetos sí no
- buscar por algo sí no
- balbucea monosílabo sí no
- es socialmente interactivo con los padres sí no
- Balbuceo sí no
- sentarse sin soporte sí no

Social:

El niño asiste a la guardería? _____

Cómo van las cosas en casa? _____

Otra cosa:

Tiene su hijo alguna de las siguientes condiciones que fuera necesaria una evaluación auditiva?

- Parental preocupación sí no
- Antecedentes familiares de pérdida auditiva hereditaria sí no
- Ventilación mecánica al nacer sí no
- Trauma en la cabeza sí no
- Hipertensión pulmonar sí no
- ECMO sí no
- Recurrente Otitis media sí no
- Hiperbilirrubinemia que requiriera una transfusión sí no



Ages & Stages Questionnaires®

7 meses 0 días a 8 meses 30 días

Cuestionario de 8 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 bebé

Nombre del bebé: _____ Inicial de su segundo nombre: _____ Apellido(s) del bebé: _____

Fecha de nacimiento del bebé: _____

Para bebés prematuros, si el parto ocurrió 3 semanas o más antes de la fecha proyectada, # de semanas que se adelantó: _____

Sexo del bebé: Masculino Femenino

Información de la persona que está llenando este cuestionario

Nombre: _____ Inicial de su segundo nombre: _____ Apellido(s): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado/Provincia: _____ Código postal: _____

País: _____ # de teléfono de casa: _____ Otro # de teléfono: _____

Parentesco con el bebé:
 Padre/madre Tutor Maestro/a Educador/a o asistente de preescolar
 Abuelo/a u otro pariente Madre/padre de acogida Otro/a: _____

Su dirección electrónica: _____

Los nombres de las personas que le están ayudando a llenar este cuestionario: _____

Información del programa

de identificación del bebé: _____ Edad al realizar la evaluación ASQ, en meses y días: _____

de identificación del programa: _____ Si es bebé 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 bebés. Puede ser que su bebé 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 bebé hace la actividad regularmente, a veces, o todavía no.

Puntos que hay que recordar:

- Asegúrese de intentar cada actividad con su bebé antes de contestar las preguntas.
- Complete el cuestionario haciendo las actividades con su bebé como si fueran un juego divertido.
- Asegúrese de que su bebé haya descansado y comido.
- Por favor, devuelva este cuestionario antes de esta fecha:
_____.

Notas:

COMUNICACION

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. Si Ud. llama a su bebé cuando ella no lo/la puede ver, ¿voltea la cabeza en la dirección de su voz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
2. Cuando escucha un ruido fuerte, ¿su bebé voltea a ver de dónde viene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
3. Si Ud. imita los sonidos que hace su bebé, ¿ella los repite?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
4. ¿Hace su bebé sonidos como "da", "ga", "ka", y "ba"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
5. ¿Responde su bebé a los diferentes tonos de su voz y deja de hacer la actividad que lo tiene entretenido, al menos por un momento, cuando Ud. le dice "no-no"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
6. ¿Puede hacer dos sonidos similares como "ba-ba", "da-da", o "ga-ga"? (No es necesario que los sonidos tengan significado.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___

TOTAL EN COMUNICACION ___

MOTORA GRUESA

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. Cuando Ud. sienta a su bebé en el suelo, ¿ella usa las manos para apoyarse? (Si su bebé ya puede sentarse sin apoyarse con las manos, marque "sí" en esta pregunta.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
2. Cuando está acostado boca arriba, ¿su bebé puede darse la vuelta para estar boca abajo, sacando los brazos hacia los lados del cuerpo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
3. ¿Puede su bebé ponerse en la postura para gatear apoyándose en las manos y en las rodillas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___



MOTORA GRUESA (continuación)

		SI	A VECES	TODAVIA NO	
4. Si Ud. agarra las manos de su bebé para ayudarle a mantener el equilibrio, ¿él puede sostener su propio peso mientras está de pie?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
5. Al estar sentado en el suelo, ¿su bebé puede sentarse derecho por varios minutos <i>sin</i> usar las manos para apoyarse?*		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	— *
6. Al ponerlo de pie cerca de los muebles de la casa o de la cuna, ¿su bebé puede agarrarse a los muebles sin que se apoye también con el pecho?		<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 1.					

MOTORA FINA

		SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. ¿Extiende la mano para tomar una migaja de pan o un Cheerio (cereal de desayuno) y/o lo toca con el dedo o la mano? (Si su bebé ya puede agarrar un objeto pequeño, marque "sí" en esta pregunta.)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
2. ¿Puede agarrar un juguete pequeño y tenerlo en la palma de la mano, sujetándolo con los dedos?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
3. ¿Intenta agarrar una migaja de pan o un Cheerio (cereal de desayuno) usando el dedo pulgar y todos los demás dedos, haciendo un movimiento como de rastrillo, incluso si no puede agarrarlo? (Si ya puede agarrar una migaja o un Cheerio de esta manera, marque "sí" en esta pregunta.)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
4. ¿Agarra un juguete pequeño con una sola mano?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
5. ¿Su bebé logra agarrar una migaja de pan o un Cheerio (cereal de desayuno) usando el dedo pulgar y todos los demás dedos, haciendo un movimiento como de rastrillo? (Si ya puede agarrar una migaja o un Cheerio, marque "sí" en esta pregunta.)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—

MOTORA FINA (continuación)

6. ¿Puede agarrar un juguete pequeño con las yemas del pulgar y de los demás dedos? (Debe haber un espacio entre el juguete y la palma de la mano.)*



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

TOTAL EN MOTORA FINA

*Si marcó "sí" o "a veces" en la pregunta 6, marque "sí" en la pregunta 2.

RESOLUCION DE PROBLEMAS

1. ¿Su bebé agarra un juguete y se lo mete en la boca?



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

2. Al estar boca arriba, ¿su bebé intenta agarrar un juguete que se le cayó si lo puede ver?

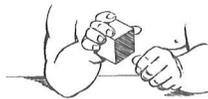
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-------

3. ¿Juega golpeando un juguete contra el suelo o contra la mesa?



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

4. ¿Se pasa un juguete de una mano a la otra?



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

5. ¿Recoge su bebé dos juguetes pequeños, tomando uno en cada mano, y los sujeta por aproximadamente un minuto?



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

6. Al tener un juguete en la mano, ¿lo golpea contra otro que está en la mesa?



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

TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS _____

SOCIO-INDIVIDUAL

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. Al estar boca arriba, ¿intenta jugar agarrándose el pie? 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
2. Al estar delante de un espejo grande, ¿intenta tocar el espejo con las manos? 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
3. ¿Intenta agarrar un juguete que no puede alcanzar? (Puede que intente darse la vuelta, girar el tronco estando boca abajo, o gatear para agarrarlo.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
4. Al estar boca arriba, ¿su bebé intenta meterse el pie en la boca? 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
5. ¿Su bebé puede beber agua, jugo, o leche de fórmula de una taza si Ud. se la sostiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
6. ¿Puede su bebé comer una galleta 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. ¿Usa su bebé ambas manos y ambas piernas igualmente bien? Si contesta "no", explique: SI NO

2. Al ponerlo/la de pie, ¿su bebé pone los pies completamente planos sobre el suelo la mayoría de la veces? Si contesta "no", explique: SI NO

OBSERVACIONES GENERALES (continuación)

3. ¿Le preocupa que su bebé sea muy callado/a o que no haga sonidos como otros bebés? Si contesta "sí", explique:

 SI NO

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

 SI NO

5. ¿Tiene Ud. alguna preocupación sobre la visión de su bebé? Si contesta "sí", explique:

 SI NO

6. ¿Ha tenido su bebé algún problema de salud en los últimos meses? Si contesta "sí", explique:

 SI NO

7. ¿Tiene alguna preocupación sobre el comportamiento de su bebé? Si contesta "sí", explique:

 SI NO

8. ¿Le preocupa algún aspecto del desarrollo de su bebé? Si contesta "sí", explique:

 SI NO



ASQ-3: Compilación de datos 8 meses

7 meses 0 días a
8 meses 30 días

Nombre del bebé: _____ Fecha de hoy: _____
 # de identificación del bebé: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Nombre del programa/proveedor: _____ Para bebés prematuros, ¿seleccionó el Sí No
 cuestionario apropiado tomando en cuenta la edad ajustada del bebé?

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	33.06		●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○
Motora gruesa	30.61		●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○
Motora fina	40.15		●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○
Resolución de problemas	36.17		●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○
Socio-individual	35.84		●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○

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. ¿Usa ambas manos y ambas piernas por igual?
Comentarios: | SÍ NO | 5. ¿Preocupaciones sobre la vista?
Comentarios: | SI No |
| 2. ¿Normalmente pone los pies completamente planos en el suelo?
Comentarios: | SÍ NO | 6. ¿Hay problemas de salud recientes?
Comentarios: | SI No |
| 3. ¿Preocupaciones porque no hace sonidos?
Comentarios: | SI No | 7. ¿Preocupaciones sobre comportamiento?
Comentarios: | SI No |
| 4. Historial: ¿Hay problemas auditivos en la familia?
Comentarios: | SI No | 8. ¿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 bebé tiene oportunidades para practicar las habilidades.

- Si el *Puntaje total* está dentro del área □, el puntaje del bebé está por encima de las expectativas, y el desarrollo del bebé 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 bebé 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 <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
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: _____