

Revisión de Niño Sano a los 9 Meses

Nombre: _____

Fecha: _____

Dieta:

¿Método de alimentación del bebé? _____

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

Frecuencia de alimentación? _____

Cantidad/duración de la alimentación? _____

El bebé está tomando multivitaminas? _____

El bebé está comiendo alimentos de mesa? _____

Toma jugos? _____

Si es así, cuánto? _____ (2-4 oz al día máximo recomendado)

Dental:

El bebé tiene dientes? _____ sí 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? _____

Eliminación:

Cuántos pañales mojados al día? _____

Cuántos pañales de heces al día? _____

Dormir:

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

El bebé toma siestas de 1 a 4 veces al día durante 30 minutos a 2 horas cada vez? _____

Comportamiento/temperamento

Tienes alguna inquietud?

Desarrollo:

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

Si no

En caso afirmativo, por favor descríballo:

Los bebés a los 9 meses casi todos lo harán (por favor, marque sí o no)

- | | |
|-----------------------------------|-------|
| - Balbuceo | sí no |
| - imitar sonidos del habla | sí no |
| - combinar sílabas | sí no |
| - Di 'dadda' 'mamá' no específico | sí no |
| - se sienta sin soporte | sí no |
| - De pie aferrándose a algo | sí no |
| - capaz de alimentarse él mismo | sí no |

Algunos bebés pueden

- | | |
|---|-------|
| - Intentos de gatear o llegar a la posición sentada | sí no |
| - Tironeos para pararse | sí no |
| - Comenzar a desarrollar prensión con extraños | sí no |
| - Busca a los padres para jugar y consuelo | sí no |
| - Aprender interactivos como jugar a las escondidas | sí no |
| - Comenzar a explorar el entorno físicamente | sí no |
| - golpear dos juguetes juntos | sí no |

Social:

¿El niño asiste a la guardería? _____

¿Cómo van las cosas en casa? _____



Ages & Stages Questionnaires®

9 meses 0 días a 9 meses 30 días

Cuestionario de 9 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: _____ 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: _____

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 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. ¿Hace su bebé sonidos como "da", "ga", "ka", y "ba"? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 2. Si Ud. imita los sonidos que hace su bebé, ¿ella los repite? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 3. ¿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"/> | — |
| 4. Cuando Ud. se lo pide, ¿puede su bebé jugar a algún juego infantil sin que Ud. se lo demuestre primero (por ejemplo, decir adiós, esconderse tapándose los ojos, aplaudir, o indicar que tan grande es algo)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 5. ¿Sigue su bebé instrucciones sencillas, como por ejemplo, "ven acá", "dámelo", o devuélvelo" sin que Ud. le haga gestos para que entienda lo que le está pidiendo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 6. ¿Dice su bebé tres palabras como "mamá", "dada", y "baba"? (Una "palabra" se define como un sonido o un grupo de sonidos que siempre repite su bebé al referirse a alguien o a alguna cosa concreta.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |

TOTAL EN COMUNICACION —






MOTORA GRUESA

| | SI | A VECES | TODAVIA NO | |
|---|---|-----------------------|-----------------------|---|
| 1. 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"/> | — |
| |  | | | |
| 2. Al estar sentado en el suelo, ¿su bebé puede sentarse derecho por varios minutos sin usar las manos para apoyarse? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| |  | | | |

MOTORA GRUESA (continuación)

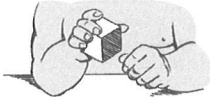


| | SI | A VECES | TODAVIA NO | |
|--|---|-----------------------|-----------------------|-----|
| 3. Al ponerla de pie cerca de los muebles de la casa o de la cuna, ¿su bebé puede agarrarse a los muebles sin que se apoye también con el pecho? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
| |  | | | |
| 4. Al estar agarrado a un mueble, ¿puede su bebé agacharse para recoger un juguete del suelo y después volver a ponerse de pie? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
| |  | | | |
| 5. Al estar agarrada a un mueble, ¿puede agacharse, manteniendo el control (sin caerse al suelo)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
| 6. ¿Camina por la casa su bebé, agarrándose a los muebles con una sola mano? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
| TOTAL EN MOTORA GRUESA | | | | ___ |

MOTORA FINA

| | SI | A VECES | TODAVIA NO | |
|---|---|-----------------------|-----------------------|-------|
| 1. ¿Agarra un juguete pequeño con una sola mano? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
| |  | | | |
| 2. ¿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"/> | ___ |
| |  | | | |
| 3. ¿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.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
| |  | | | |
| 4. Después de intentarlo una o dos veces, ¿puede agarrar su bebé un segmento de cuerda con los dedos índice y pulgar? (La cuerda puede estar atada a un juguete.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
| |  | | | |
| 5. ¿Puede agarrar una migaja de pan o un Cheerio (cereal de desayuno) con las yemas de los dedos (índice y pulgar)? Puede apoyar el brazo o la mano en la mesa mientras que lo hace.* | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ * |
| |  | | | |
| 6. ¿Puede poner un juguete pequeño en la mesa (en el sofá o en el suelo), sin dejarlo caer, y después levantar la mano de encima del juguete? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
| TOTAL EN MOTORA FINA | | | | ___ |


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

RESOLUCION DE PROBLEMAS

- | | SI | A VECES | TODAVIA NO | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| 1. ¿Se pasa un juguete de una mano a la otra?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 2. ¿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"/> | — |
| 3. 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"/> | — |
| 4. Al tener un juguete pequeño en cada mano, ¿su bebé intenta golpearlos uno con otro (como cuando se aplaude)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 5. ¿Su bebé agarra o usa el dedo índice para tocar un Cheerio (cereal de desayuno) o una migaja de pan que está dentro de una botella transparente (por ejemplo un biberón)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 6. Después de verle a Ud. esconder un juguete pequeño debajo de una hoja de papel o de un trozo de tela, ¿puede su bebé encontrarlo? <i>(Asegúrese de que el juguete esté completamente escondido.)</i> | <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, ¿su bebé intenta meterse el pie en la boca?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 2. ¿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"/> | — |
| 3. ¿Puede su bebé comer una galleta sin ayuda? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 4. Al extenderle la mano y pedirle su juguete, ¿su bebé se lo ofrece aunque no lo suelte? <i>(Si ya suelta el juguete para dárselo, marque "sí" en esta pregunta.)</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 5. Cuando Ud. viste a su bebé, ¿puede él meter el brazo por la manga de la camisa una vez que Ud. le haya metido la mano en la bocamanga? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 6. Cuando Ud. le extiende la mano para pedirle un juguete, ¿su bebé lo suelta para que Ud. lo tome? | <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

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

OBSERVACIONES GENERALES (continuación)

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 9 meses

9 meses 0 días a
9 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 | 13.97 | | ● | ● | ● | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Motora gruesa | 17.82 | | ● | ● | ● | ● | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Motora fina | 31.32 | | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Resolución de problemas | 28.72 | | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Socio-individual | 18.91 | | ● | ● | ● | ● | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

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. ¿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? | 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 audiencia, 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: _____