

## 4 Year Well Child Exam Form

### ANTECEDENTES MÉDICOS

¿Tiene usted alguna duda o pregunta sobre la salud de su hijo que desee resolver el día de hoy?

---

---

---

¿Cuál es el estado de salud de su hijo?      **Bueno**      **Regular** **Malo**

¿Su hijo ha visitado la sala de emergencias en los últimos 12 meses?      **Sí**      **No**

De ser así, indique la razón: \_\_\_\_\_

¿Su hijo ha recibido tratamiento en el hospital en los últimos 12 meses? **Sí**      **No**

De ser así, indique la razón: \_\_\_\_\_

¿Su hijo alguna vez ha tenido reacciones a alguna vacuna o inmunización? **Sí**      **No**

¿Su hijo ha visitado a un dentista en los últimos 6 meses?      **Sí**      **No**

¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes su hijo? \_\_\_\_ ¿Cuántas veces al día utiliza su hijo hilo dental? \_\_\_\_

### CASA y FAMILIA

¿Con quién vive su hijo? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos hermanos(as) tiene? \_\_\_\_\_

¿En qué tipo de vivienda reside? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos dormitorios tiene su vivienda? \_\_\_\_\_

¿Su hijo comparte el dormitorio? **Sí**      **No**      ¿Alguna persona en la casa fuma? **Sí**      **No**

¿El padre de su hijo participa en su cuidado?      **Sí**      **No**

¿Cómo es la relación de su hijo con sus hermanos(as)?      **Buena**      **Regular**      **Mala**      **N/A; es hijo único**

¿Qué tipo de disciplina se utiliza en la casa?      **Verbal**      **Penitencias**      **Nalgadas**      **Otro: \_\_\_\_\_**

¿Hay algún antecedente de abuso?      **Sí**      **No**      ¿Hay algún antecedente de abandono? **Sí**      **No**

¿Hay algún antecedente de descuido o negligencia?      **Sí**      **No**

¿Alguna persona en la casa consume drogas? **Sí**      **No**

¿Hay algún antecedente de violencia doméstica?      **Sí**      **No**

¿Ha recibido visitas de la agencia de Servicios de Protección Infantil (CPS) en su casa?      **Sí**      **No**

De ser así, ¿el caso con CPS continúa abierto?      **Sí**      **No**

¿Su hijo ha estado alguna vez bajo cuidado tutelar?      **Sí**      **No**      De ser así, ¿en cuántas ocasiones? \_\_\_\_\_

¿Se siente usted estresado?      **Sí**      **No**

## 4 Year Well Child Exam Form

¿Tiene mascotas en la casa? **Sí** **No** De ser así, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_

### **SALUD EN GENERAL**

¿Consumo alimentos de los cuatro grupos, incluidas frutas y verduras? **Sí** **No**

¿Qué tipo de leche consume? **Leche materna Entera Al 2% Al 1% Sin grasa** **Deslactosada** **De soya**

¿Qué más bebe y cuántos vasos al día? \_\_\_ **Vasos de jugo** \_\_\_ **Vasos de agua** \_\_\_ **Vasos de refresco o**

**té descafeinado** \_\_\_ **Vasos de refresco o té cafeinado**

¿Su hijo tiene problemas para ir al baño? (para mover el intestino o para orinar) **Sí** **No**

¿Ya sabe ir al baño? **Sí** **Está aprendiendo** **No**

¿Su hijo tiene problemas para dormir? **Sí** **No** De ser así, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_

Marque las actividades en las que participa su hijo:  Juegos al aire libre  Le gusta leer  Ir al parque

¿Cuántas horas al día ve TV su hijo? \_\_\_\_\_

¿Juega en la computadora en la casa? **Sí** **No** ¿O videojuegos en la casa? **Sí** **No**

¿Su hijo tiene amigos? **Sí** **No** De ser así, ¿tiene **muchos amigos** o **solo algunos**?

¿Su hijo asiste a la escuela? **Sí** **No**

¿Qué tipo de cuidado recibe su hijo? (Encierre en un círculo todas las respuestas que correspondan):

**En casa con su padre, madre o tutor**

**Se queda con/en:** **un familiar** **una niñera** **la guardería**

**una estancia con el programa de intervención en la primera infancia**

¿Tienen usted alguna inquietud con respecto a...?

¿El desarrollo de su hijo? **Sí** **No**

¿La conducta de su hijo? **Sí** **No**

¿La audición de su hijo? **Sí** **No**

¿La visión de su hijo? **Sí** **No**

**Marque cada tarea que su hijo pueda realizar:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Brincar                             | <input type="checkbox"/> Caminar en los talones rebota                                      |
| <input type="checkbox"/> Equilibrarse durante 2 a 3 segundos | <input type="checkbox"/> o las puntas <input type="checkbox"/> Copiar un círculo            |
|  | <input type="checkbox"/> Atrapar una pelota que <input type="checkbox"/> Copiar un cuadrado |

## 4 Year Well Child Exam Form

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dibujar una persona con 3 a 6 partes | <input type="checkbox"/> Nombrar 4 colores                   | <input type="checkbox"/> Jugar siguiendo reglas                |
| <input type="checkbox"/> Cepillarse los dientes sin ayuda     | <input type="checkbox"/> Conocer 3 adjetivos                 | <input type="checkbox"/> Ir al baño solo                       |
| <input type="checkbox"/> Vestirse sin ayuda                   | <input type="checkbox"/> Conocer 4 verbos                    | <input type="checkbox"/> Jugar en grupo                        |
| <input type="checkbox"/> Hablar de manera 100% comprensible   | <input type="checkbox"/> Saber de qué están hechas las cosas | <input type="checkbox"/> Separarse con facilidad de los padres |
|   | <input type="checkbox"/> Conocer 2 o 3 antónimos             |  |

### SEGURIDAD GENERAL

¿Su hijo siempre utiliza...?      **asiento para auto**      **asiento elevado**

¿Tiene los siguientes objetos en su hogar?

|                                 |           |           |
|---------------------------------|-----------|-----------|
| Detector de humo                | <b>Sí</b> | <b>No</b> |
| Detector de monóxido de carbono | <b>Sí</b> | <b>No</b> |
| Extintor                        | <b>Sí</b> | <b>No</b> |

### ANTECEDENTES FAMILIARES:

¿Su hijo tiene antecedentes familiares de...?

|                        |           |           |
|------------------------|-----------|-----------|
| Enfermedades cardiacas | <b>Sí</b> | <b>No</b> |
| Colesterol alto        | <b>Sí</b> | <b>No</b> |
| Sobrepeso u obesidad   | <b>Sí</b> | <b>No</b> |

### Cuestionario sobre su niño y la Tuberculosis:

- ¿Le han hecho un examen de la tuberculosis recientemente a su niño(a)?      **SI**      **NO**      **No sé**  
Sí? (si contesta sí, díganos la fecha)    /   /
- ¿Tuvo alguna vez su niño(a) una reacción positiva al examen de la tuberculosis?      **SI**      **NO**      **No sé**  
Sí? (si contesta sí, díganos la fecha)    /   /
- La tuberculosis puede causar fiebre que puede durar días y hasta semanas. También puede causar pérdida de peso, tos severa (puede durar hasta dos semanas), o tos con sangre
  - ¿Ha estado su niño(a) cerca de una persona con estos síntomas?      **SI**      **NO**      **No sé**
  - ¿Ha estado su niño(a) cerca de alguna persona enferma con tuberculosis?      **SI**      **NO**      **No sé**
  - ¿Ha tenido su niño(a) alguna vez uno de estos problemas o los tiene ahora?      **SI**      **NO**      **No sé**

## **4 Year Well Child Exam Form**

4. ¿Nació su niño(a) en México o en algún otro país fuera de los Estados Unidos? **SI NO No sé**  
¿En qué país (fuera de los Estados Unidos) nació su niño(a)? \_\_\_\_\_

5. ¿Viajó su niño(a) a México o a cualquier otra parte de América Latina, el Caribe, Africa, Europa Oriental o Asia por más de 3 semanas? **SI NO No sé**  
¿Qué país o países visitó su niño(a)? \_\_\_\_\_

6. ¿Sabe si su niño(a) pasó más de 3 semanas con alguna persona que:

|  |           |           |              |
|--|-----------|-----------|--------------|
| Usa jeringuillas para usar droga? Tiene VIH?                   | <b>SI</b> | <b>NO</b> | <b>No sé</b> |
| Ha estado en la cárcel?  | <b>SI</b> | <b>NO</b> | <b>No sé</b> |
| Ha llegado recientemente a los Estados Unidos desde otro país? | <b>SI</b> | <b>NO</b> | <b>No sé</b> |

## 4 Year Well Child Exam Form



Cuestionario de **48** meses

45 meses 0 días  
a 50 meses 30 días

En las siguientes páginas Ud. encontrará una serie de preguntas sobre diferentes actividades que generalmente hacen los niños. Puede ser que su niño/a ya pueda hacer algunas de estas actividades, y que todavía no haya realizado otras. Después de leer cada pregunta, por favor marque la respuesta que indique si su niño/a hace la actividad regularmente, a veces, o todavía no.

### Puntos que hay que recordar:

- 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

1. ¿Dice su niño los nombres de al menos tres cosas de una categoría de objetos ordinarios? Por ejemplo, si Ud. le dice "Dime algunas cosas que se pueden comer", ¿su niño menciona alimentos (como galletas, huevos, o pan)? O si Ud. le dice "Dime los nombres de algunos animales, ¿su niño menciona algún animal (como vaca, perro, elefante)?

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

2. ¿Contesta su niña las siguientes preguntas? (Marque "a veces" si su niña responde a una sola de las 2 preguntas.)

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

"¿Qué haces cuando tienes hambre?" (Las respuestas aceptables incluyen frases como "pido algo de comer", "como", y "hago un sandwich".) Por favor, escriba la respuesta de su niña:

"¿Qué haces cuando tienes sueño?" (Las respuestas aceptables incluyen frases como "me acuesto", "duermo", y "me siento".) Por favor escriba la respuesta de su niña:

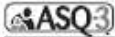
3. ¿Su niño puede mencionar al menos dos características de objetos ordinarios? Por ejemplo, al decirle, "Dime algo sobre tu pelota", ¿dice su niño algo como "Es redonda", "La tiro", "Es grande"?

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

4. 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 Year Well Child Exam Form



Cuestionario de 48 meses página 3 de 7

### COMUNICACION

(continuación)

SI A VECES TODAVIA NO

5. Sin hacer señas para ayudarlo ni repetir las instrucciones, ¿puede su niño llevar a cabo tres acciones **completamente diferentes** 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".
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?"

TOTAL EN COMUNICACION

### MOTORA GRUESA

SI A VECES TODAVIA NO

1. 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.)



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

3. 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.)



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

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

6. 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.)



TOTAL EN MOTORA GRUESA

### MOTORA FINA

SI A VECES TODAVIA NO

1. ¿Puede armar un rompecabezas de cinco a siete piezas que se conectan entre sí? (Si Ud. no tiene disponible un rompecabezas, tome una fotografía grande de una revista y córtela en 6 piezas.) ¿Puede reconstruir la imagen, juntando las piezas?

E102480300

Ages & Stages Questionnaires® in Spanish, Third Edition (ASQ-3™ Spanish), Squires & Bricker © 2009 Paul H. Brookes Publishing Co. All rights reserved. Todos los derechos reservados.



## 4 Year Well Child Exam Form



Cuestionario de 48 meses página 4 de 7

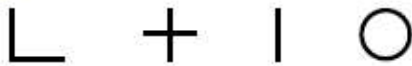
### MOTORA FINA

(continuación)

2. Usando tijeras para niños, ¿puede su niño cortar un papel a la mitad, manteniendo una línea bastante recta y abriendo y cerrando las tijeras? (Por razones de seguridad, vigile cuidadosamente a su niño cuando usa las tijeras.)



3. 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? (Los dibujos deben parecerse a las figuras, aunque puedan ser de un tamaño diferente.)



4. ¿Desabotona su niño uno o más botones? Puede usar su propia ropa o la de una muñeca.
5. ¿Hace dibujos de personas incluyendo al menos tres de las siguientes características: la cabeza, los ojos, la nariz, la boca, el cuello, el pelo, el tronco, los brazos o las manos, las piernas, o los pies?
6. ¿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? (Su niña no debe salirse más de 1/4 de pulgada, o un centímetro, fuera de la raya en la mayor parte del dibujo.)

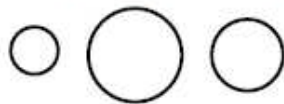
SI A VECES TODAVIA NO

TOTAL EN MOTORA FINA

### RESOLUCION DE PROBLEMAS

1. Si Ud. le dice a su niño: "Di 'cinco, ocho, tres'", ¿repite él únicamente los tres números en el mismo orden? Ud. no debe repetir los números. Si es necesario, intente otra serie de números, por ejemplo, "Di 'siete, nueve, dos'". (Su niño sólo tiene que repetir una serie de tres números para que Ud. pueda marcar "sí" en esta pregunta.)

2. Si Ud. le pregunta, "¿Cuál círculo es el más pequeño?" ¿apunta su niña al círculo correcto? (Haga esta pregunta sin ayudarlo a través de señas o gestos que le puedan indicar cuál es el círculo más pequeño.)



3. Sin darle ayuda por medio de señas, ¿puede llevar a cabo tres instrucciones diferentes que contengan las palabras "debajo", "entre", y "el centro"? Por ejemplo, pídale que ponga el zapato "debajo del sofá." Luego, pídale que ponga la pelota "entre las sillas" y el libro "al centro de la mesa".

4. 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? (Marque "sí" solamente si contesta la pregunta correctamente mencionando al menos cinco colores.)

SI A VECES TODAVIA NO

## 4 Year Well Child Exam Form



Cuestionario de 48 meses página 5 de 7

### RESOLUCION DE PROBLEMAS

(continuación)

|   | SI                    | A VECES               | TODAVIA NO            |     |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----|
| 5. ¿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"/> | ___ |
| 6. Si Ud. pone cinco objetos delante de su niña, ¿los puede contar diciendo "uno, dos, tres, cuatro, cinco" en el orden correcto? (Haga esta pregunta sin ayudarlo, hacer señas, o decir los nombres de los objetos.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
| <b>TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS</b>   |                       |                       |                       | ___ |

### SOCIO-INDIVIDUAL

|   | SI                    | A VECES               | TODAVIA NO            |     |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----|
| 1. ¿Usa cubiertos para servirse comida, sacándola de un recipiente y poniéndola en otro? Por ejemplo, ¿su niño 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"/> | ___ |
| 2. ¿Puede su niña decirle por lo menos cuatro de los siguientes datos? Por favor, marque los datos que su niña le dice correctamente.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
| <input type="radio"/> a. Su nombre <input type="radio"/> d. Su apellido<br><input type="radio"/> b. Su edad <input type="radio"/> e. Si es niño o niña<br><input type="radio"/> c. La ciudad en que vive <input type="radio"/> f. Su número de teléfono |                       |                       |                       |     |
| 3. ¿Se lava las manos con agua y jabón y después se seca sin ayuda?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
| 4. ¿Puede decir los nombres de al menos dos compañeros de juego, sin incluir a los hermanos? (Pregúntele quiénes son sus amigos sin mencionar el nombre de ninguno de ellos.)   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
| 5. ¿Se lava los dientes poniendo pasta de dientes en el cepillo y cepillándose todos los dientes sin ayuda? (Responda "sí" aunque Ud. tenga que revisar que su niña se haya lavado bien y/o cepillarle de nuevo los dientes.)                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
| 6. ¿Se viste o se desviste su niño sin ayuda? (Sin tomar en cuenta subir/bajar cierres [cremalleras], abotonar/desabotonar, abrochar/desabrochar.)  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
| <b>TOTAL EN SOCIO-INDIVIDUAL</b>  |                       |                       |                       | ___ |

### 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



## 4 Year Well Child Exam Form



Cuestionario de 48 meses página 6 de 7

### 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

## 4 Year Well Child Exam Form



Cuestionario de 48 meses página 7 de 7

### 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