

## 9 Month 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**

## 9 Month Well Child Exam Form

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

### SALUD EN GENERAL

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

¿Cuánta leche o fórmula toma al día? **< 8 oz 8-16 oz 16-24 oz 24-32 oz > 32 oz**

¿Con qué frecuencia se alimenta? Cada: **2 horas 3 horas 4 horas 5 horas 6 horas**

¿Su hijo bebe en...? **vaso botella solamente vaso y botella vaso entrenador**

¿Qué más bebe y cuántos vasos al día?

**\_\_\_ Vasos de jugo \_\_\_ Vasos de agua \_\_\_ Vasos de refresco o té descafeinado**

¿Su hijo come...? **nada de sólidos cereales vegetales frutas carnes alimentos**

### **chatarra**

¿Su hijo tiene algún problema para mover el intestino, incluyendo estreñimiento o diarrea? **Sí No**

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

¿Cómo describiría el temperamento de su hijo? **Feliz Enojón Tranquilo Demandante**

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

¿El desarrollo de su hijo? **Sí No**

¿La conducta de su hijo? **Sí No**

### AUDICIÓN

Su hijo:

Se voltea y le mira cuando le habla en voz baja **Sí No**

Mueve la mano cuando usted le dice adiós **Sí No**

Se detiene por un momento cuando usted le dice "no" **Sí No**

Observa objetos o imágenes cuando alguien le habla sobre ellos **Sí No**

Balucea sonidos que parecen canciones **Sí No**

Utiliza la voz para atraer su atención en lugar de llorar **Sí No**

Utiliza sonidos distintos y parece nombrar las cosas **Sí No**

### VISTA

¿Le preocupa cómo ve su hijo? **Sí No**

¿Los ojos de su hijo parecen inusuales o parecen cruzarse, divagar o estar perdidos? **Sí No**

¿Los párpados de su hijo se caen o un párpado tiende a cerrarse? **Sí No**

Revision Date: 5/17/2016

Next Review Date: 5/17/2019

## 9 Month Well Child Exam Form

¿Su hijo se ha lastimado alguna vez los ojos?

**Sí**      **No**

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

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Jalarse para ponerse de pie | <input type="checkbox"/> Realizar el movimiento de pinza | <input type="checkbox"/> Balbucear                         |
| <input type="checkbox"/> Mantenerse parado           | <input type="checkbox"/> Golpear dos cubos               | <input type="checkbox"/> Decir "mamá" o "papá"             |
| <input type="checkbox"/> Lograr sentarse             | <input type="checkbox"/> Comer solo                      | <input type="checkbox"/> Despedirse con la mano            |
| <input type="checkbox"/> Arrastrarse                 | <input type="checkbox"/> Beber de un vaso                | <input type="checkbox"/> Jugar a esconderse                |
| <input type="checkbox"/> Gatear                      | <input type="checkbox"/> Responder a su nombre           | <input type="checkbox"/> Sentir ansiedad con gente extraña |

### SEGURIDAD GENERAL

¿Su hijo utiliza siempre un asiento para auto?

**Sí**      **No**

¿Su casa es segura para su hijo?

**Sí**      **No**

¿Tiene los siguientes objetos en su hogar?

Detector de humo      **Sí**      **No**

Detector de monóxido de carbono      **Sí**      **No**

Extintor      **Sí**      **No**

## 9 Month Well Child Exam Form



### Cuestionario de 9 meses

9 meses 0 días a  
9 meses 30 días

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"/> | _____ |
|   |  |                       |                       |       |

página 2 de 6

E102090200



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.

## 9 Month Well Child Exam Form








Cuestionario de 9 meses página 3 de 6

### 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"/> | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <input type="radio"/> |
| <b>TOTAL EN MOTORA GRUESA</b>  |   |                       |                       | <input type="radio"/> |

### 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"/> | <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 "si" en esta pregunta.) | <input type="radio"/>   | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <input type="radio"/> |
| <b>TOTAL EN MOTORA FINA</b>   |   |                       |                       | <input type="radio"/> |

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

E102090300

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.

## 9 Month Well Child Exam Form



Cuestionario de 9 meses página 4 de 6

### 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? (Asegúrese de que el juguete esté completamente escondido.) | <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? (Si ya suelta el juguete para dárselo, marque "si" en esta pregunta.) | <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   |                       |                       |                       | — |

## 9 Month Well Child Exam Form



Cuestionario de 9 meses página 5 de 6

### 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

## 9 Month Well Child Exam Form



Cuestionario de 9 meses página 6 de 6

### OBSERVACIONES GENERALES (continuación)

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

SÍ

NO

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

SÍ

NO

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

SÍ

NO