

3 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 RegularMalo**

¿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**

3 Year Well Child Exam Form

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

SALUD EN GENERAL

¿Consume 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**

AUDICIÓN

Su niño recone diferentes sonidos (timbre del teléfono, gritos, timbre de la puerta) **Si** **No**

Su niño responde a diferent tipo de preguntas ("Cuando...", "Quién...", "Que...") **Si** **No**

VISTA

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

3 Year Well Child Exam Form

Marque cada tarea que su hijo pueda realizar:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Equilibrarse en cada pie durante 1 segundo | <input type="checkbox"/> Copiar un círculo | <input type="checkbox"/> Decir su nombre y su apellido |
| <input type="checkbox"/> Dar saltos largos | <input type="checkbox"/> Copiar un cuadrado | <input type="checkbox"/> Comprender el género |
| <input type="checkbox"/> Pedalear un triciclo | <input type="checkbox"/> Hablar con claridad | <input type="checkbox"/> Nombrar a sus amigos |
| <input type="checkbox"/> Saltar bien | <input type="checkbox"/> Nombrar 4 imágenes | <input type="checkbox"/> Jugar de manera interactiva |
| <input type="checkbox"/> Imitar dibujar líneas verticales | <input type="checkbox"/> Conocer 2 adjetivos | <input type="checkbox"/> Separarse con facilidad de los padres |
| <input type="checkbox"/> Apilar 8 objetos | <input type="checkbox"/> Conocer 2 verbos | <input type="checkbox"/> Vestirse sin ayuda |
| <input type="checkbox"/> Lavarse las manos | <input type="checkbox"/> Reconocer de 3 a 4 colores | |
| <input type="checkbox"/> Colocarse una playera | <input type="checkbox"/> Utilizar plurales | |

SEGURIDAD GENERAL

- | | | |
|--|-----------|-----------|
| ¿Su hijo utiliza siempre un asiento para auto? | Sí | No |
| ¿Tiene los siguientes objetos en su hogar? | | |
| Detector de humo | Sí | No |
| Detector de monóxido de carbono | Sí | No |
| Extintor | Sí | No |

ANTECEDENTES FAMILIARES:

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| ¿Su hijo tiene antecedentes familiares de...? | | |
| Enfermedades cardíacas | Sí | No |
| Colesterol alto | Sí | No |
| Sobrepeso u obesidad | Sí | No |

3 Year Well Child Exam Form

Cuestionario sobre su niño y la Tuberculosis:

1. ¿Le han hecho un examen de la tuberculosis recientemente a su niño(a)? **SI NO No sé**
Sí? (si contesta sí, díganos la fecha) ___/___/___
2. ¿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) ___/___/___
3. 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
- a. ¿Ha estado su niño(a) cerca de una persona con estos síntomas? **SI NO No sé**
- b. ¿Ha estado su niño(a) cerca de alguna persona enferma con tuberculosis? **SI NO No sé**
- c. ¿Ha tenido su niño(a) alguna vez uno de estos problemas o los tiene ahora? **SI NO No sé**
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? **SI NO No sé**
- Ha estado en la cárcel? **SI NO No sé**
- Ha llegado recientemente a los Estados Unidos desde otro país? **SI NO No sé**

3 Year Well Child Exam Form



Cuestionario de **36 meses** 34 meses 16 días
a 38 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







| | SI | A VECES | TODAVIA NO | — |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| 1. Al pedirle a su niño que señale la nariz, los ojos, el pelo, los pies, las orejas, etc., ¿puede señalar al menos siete partes del cuerpo? (Las puede señalar en su propio cuerpo, en el de Ud. o en una muñeca. Marque "a veces" si señala correctamente al menos tres partes del cuerpo.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 2. ¿Forma su niña oraciones de tres o cuatro palabras? Favor de escribir un ejemplo: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| | | | | |
| 3. Sin darle pistas ni señas, ni hacer gestos, dígame a su niño: "Pon el libro encima de la mesa y pon el zapato debajo de la silla". ¿Puede seguir las dos instrucciones correctamente? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 4. Al mirar un libro de ilustraciones, ¿puede su niña decirle lo que pasa en la ilustración o nombrar la actividad que se muestra (por ejemplo, "ladra", "come", "corre", "llora")? Ud. puede preguntarle, "¿Qué hace el perro (o el niño)?" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 5. Enséñele a su niño como el cierre (cremallera) de un abrigo sube y baja y dígame: "Mira, esto sube y baja". Suba el cierre hasta la mitad y pídale que lo baje. Suba el cierre hasta la mitad otra vez y pídale que lo suba. Repita esto varias veces antes de pedirle que lo haga solo. ¿Siempre sube el cierre cuando Ud. le dice "súbelo" y siempre lo baja al decirle "bájalo"? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 6. Al preguntarle a su niña, "¿Cómo te llamas?" ¿responde diciendo su nombre y apellido? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| TOTAL EN COMUNICACION | | | | — |

3 Year Well Child Exam Form




Cuestionario de 36 meses página 3 de 7

MOTORA GRUESA

| | SI | A VECES | TODAVIA NO | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| 1. Sin apoyarse en ningún objeto, ¿sabe su niño dar una patada a un balón moviendo la pierna hacia atrás y luego hacia adelante? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | | | | |
| 2. ¿Puede saltar su niño, levantando ambos pies del suelo a la vez? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | | | | |
| 3. ¿Sube las escaleras su niño poniendo sólo un pie en cada escalón? (El pie izquierdo en un escalón y el derecho en el siguiente.) Puede agarrarse de la barandilla o de la pared. (Ud. puede hacer esta observación en lugares como una tienda, el parque, o en casa.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | | | | |
| 4. ¿Puede pararse su niña en un solo pie por aproximadamente 1 segundo sin agarrarse de nada? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | | | | |
| 5. Al estar de pie, ¿su niño lanza una pelota hacia adelante, levantando el brazo a la altura del hombro? (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"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | | | | |
| 6. ¿Salta su niña hacia adelante con los dos pies juntos al menos 6 pulgadas (o 15 centímetros)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | | | | |
| TOTAL EN MOTORA GRUESA | | | | <input type="checkbox"/> |

MOTORA FINA

| | SI | A VECES | TODAVIA NO | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| 1. Después de observarlo/la a Ud. dibujar una línea de arriba abajo en una hoja de papel con un lápiz, una crayola, o una pluma, pídale a su niño que haga una línea como la suya. No lo deje dibujar encima de la suya ni usar papel transparente. ¿Su niño dibuja una línea vertical, copiando lo que Ud. hizo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | | | | |

E102360300

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.

3 Year Well Child Exam Form



Cuestionario de 36 meses página 4 de 7

MOTORA FINA (continuación)

- | | SI | A VECES | TODAVIA NO | |
|--|--|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| 2. ¿Sabe meter un cordón (o agujeta) por el agujero de objetos pequeños como cuentas de madera, sopa de macarrones o de rueditas, o por los agujeros de los zapatos? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | |
| 3. Después de observarlo/la a Ud. dibujar un círculo, pídale a su niña que dibuje un círculo como el suyo. No la deje dibujar encima del suyo ni usar papel transparente. ¿Su niña dibuja un círculo, copiando lo que Ud. hizo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Marque "sí" Marque "todavía no" | | | |
| 4. Después de observarlo/la a Ud. dibujar una línea de un lado al otro de la hoja de papel, pídale a su niño que haga una línea como la suya. No lo deje dibujar encima de la suya ni usar papel transparente. ¿Su niño dibuja una línea horizontal, copiando lo que Ud. hizo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Marque "sí" Marque "todavía no" | | | |
| 5. ¿Su niña intenta cortar papel con tijeras para niños? No es necesario que llegue a cortar el papel, pero sí debe saber abrir y cerrar las tijeras mientras que agarra el papel con la otra mano. (Ud. puede enseñarle cómo se usan las tijeras. Asegúrese de supervisar a su niña cuando esté usando las tijeras para que no se vaya a cortar.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | |
| 6. Al hacer un dibujo, ¿sujeta el lápiz, la crayola, o la pluma con los dedos y el pulgar como lo hace un adulto? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |

TOTAL EN MOTORA FINA

RESOLUCION DE PROBLEMAS

- | | SI | A VECES | TODAVIA NO | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| 1. Mientras su niña lo/la observa, ponga cuatro objetos como unos cubos o unos carritos en línea recta. ¿Lo/la intenta imitar, poniendo los cuatro objetos en línea recta también? (También puede usar carretes de hilo, unas cajitas u otros juguetes.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | |
| 2. Si quiere algo que no alcanza, ¿busca su niña una silla o una caja para subirse encima y alcanzarlo? (Por ejemplo, para agarrar un juguete que está en el mostrador de la cocina, o para "ayudarlo" a Ud. en la cocina.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |

3 Year Well Child Exam Form



Cuestionario de 36 meses página 5 de 7

RESOLUCION DE PROBLEMAS

(continuación)

SI

A VECES

TODAVIA NO

3. Al señalarle esta figura y preguntarle a su niño, "¿Qué es?", ¿dice una palabra que se refiera a una persona o a un ser que se parezca a una persona? (Marque "sí" si da una respuesta como "muñeco de nieve", "niño", "señor", "niña", "papá", "astronauta", o "mono".) Escriba la respuesta de su niño a continuación:



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

5. Muéstrela a su niño cómo hacer un puente con cubos, cajas, o latas como el del dibujo. ¿Su niño lo/la imita haciendo un puente que se parece al de Ud.?



6. Si Ud. le dice a su niña: "Di 'cinco, ocho, tres'", ¿repite ella 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 niña sólo tiene que repetir una serie de tres números para que Ud. pueda marcar "sí" en esta pregunta.)

TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS

SOCIO-INDIVIDUAL

SI

A VECES

TODAVIA NO

1. A la hora de comer, ¿su niño se mete la cuchara en la boca sin que se le caiga mucha comida?
2. ¿Su niña empuja un carrito con ruedas, un cochecito de bebé u otro juguete con ruedas, evitando chocar con las cosas y saliéndose en reversa de un rincón si no puede girar?
3. Si Ud. le pregunta a su niño, "¿Quién está ahí?" cuando se ve en el espejo, ¿contesta "yo" o dice su nombre?
4. ¿Su niña se pone el abrigo, su chaqueta o su camisa sin ayuda?
5. Hágale la siguiente pregunta a su niño/a empleando estas palabras exactas: "¿Eres una niña o un niño?" ¿Sabe responder correctamente?
6. ¿Puede esperar su turno su niño/a, respetando el turno de los otros niños o adultos?

TOTAL EN SOCIO-INDIVIDUAL

E102360500

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.

3 Year Well Child Exam Form



Cuestionario de 36 meses página 6 de 7

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

3 Year Well Child Exam Form



Cuestionario de 36 meses página 7 de 7

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