



10 meses

Favor de completar el cuestionario antes de su cita hoy

Gracias!



Ages & Stages Questionnaires®

9 meses 0 días a 10 meses 30 días

Cuestionario de 10 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: _____



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.

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, ¿el 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" <i>sin</i> 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, ¿ella 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 <i>sin</i> 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?



4. Al estar agarrado a un mueble, ¿puede su bebé agacharse para recoger un juguete del suelo y después volver a ponerse de pie?



5. Al estar agarrada a un mueble, ¿puede agacharse, manteniendo el control (sin caerse al suelo)?

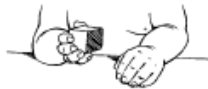
6. ¿Camina por la casa su bebé, agarrándose a los muebles con una sola mano?

TOTAL EN MOTORA GRUESA _____

MOTORA FINA

SI A VECES TODAVIA NO

1. ¿Agarra un juguete pequeño con una sola mano?



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.)



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.)



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.)



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.*






 _____*

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?


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? (Asegúrese de que el juguete esté completamente escondido.) | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |

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 "sí" 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 —

Evaluación de Salud

(Staying Healthy Assessment)

7-12 meses (7-12 Months)

| | | | | |
|--|---|---|--------------|--|
| Nombre del niño (primer nombre y apellido) | Fecha de nacimiento | <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre | Fecha de hoy | ¿Asiste a una guardería? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Persona que completa el formulario | <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro (especifique) <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Tutor | | | ¿Necesita ayuda para completar el formulario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Por favor intente responder todas las preguntas de este formulario lo mejor que pueda. Encierre en un círculo la palabra "Omitir" si no sabe la respuesta o no desea responder. Asegúrese de hablar con el médico si tiene preguntas sobre algún punto de este formulario. Sus respuestas estarán protegidas como parte de su expediente médico.

¿Necesita un intérprete?
 Sí No

Clinic Use Only:

| | | | | | Nutrition |
|----|---|------------------|------------------|-----------------------|-------------------|
| 1 | ¿Amamanta a su bebé? <i>Breastfeeds baby?</i> | Sí <i>Yes</i> | No | Omitir <i>Skip</i> | Nutrition |
| 2 | ¿Su bebé bebe o come 3 porciones al día de alimentos ricos en calcio, como fórmula, leche materna, queso, yogur, leche de soja o tofu? <i>Baby drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i> | Sí <i>Yes</i> | No | Omitir <i>Skip</i> | |
| 3 | ¿Le preocupa el peso de su bebé? <i>Concerned about baby's weight?</i> | No | Sí <i>Yes</i> | Omitir <i>Skip</i> | Physical Activity |
| 4 | ¿Su bebé ve televisión? <i>Baby watches any TV?</i> | No | Sí <i>Yes</i> | Omitir <i>Skip</i> | |
| 5 | En su hogar, ¿hay un detector de humo que funcione? <i>Home has working smoke detector?</i> | Sí <i>Yes</i> | No | Omitir <i>Skip</i> | Safety |
| 6 | ¿Ha cambiado la temperatura del agua a tibia (menos de 120 grados)? <i>Water temperature turned down to low-warm?</i> | Sí <i>Yes</i> | No | Omitir <i>Skip</i> | |
| 7 | Si en su hogar hay más de un piso, ¿tiene protección de seguridad en las ventanas y accesos a las escaleras? <i>Safety guards on windows and gates for stairs in multi-level home?</i> | Sí <i>Yes</i> | No | Omitir <i>Skip</i> | |
| 8 | En su hogar, ¿los artículos de limpieza, medicamentos y fósforos están en un lugar cerrado con llave? <i>Cleaning supplies, medicines, and matches locked away?</i> | Sí <i>Yes</i> | No | Omitir <i>Skip</i> | |
| 9 | En su hogar, ¿está pegado cerca del teléfono el número del Centro de intoxicaciones (800-222-1222)? <i>Home has phone # of the Poison Control Center posted by phone?</i> | Sí <i>Yes</i> | No | Omitir <i>Skip</i> | |
| 10 | ¿Siempre acuesta a su bebé boca arriba para dormir? <i>Always puts baby to sleep on her/his back?</i> | Sí <i>Yes</i> | No | Omitir <i>Skip</i> | |
| 11 | Cuando su bebé está en la tina, ¿permanece con él en todo momento? <i>Always stays with baby in the bathtub?</i> | Sí <i>Yes</i> | No | Omitir <i>Skip</i> | |
| 12 | ¿Su bebé siempre viaja en un asiento de seguridad para automóvil orientado hacia atrás, en el asiento de atrás? <i>Always places baby in a rear-facing car seat in the back seat?</i> | Sí <i>Yes</i> | No | Omitir <i>Skip</i> | |
| 13 | ¿El asiento de seguridad para automóvil que utiliza es el adecuado para la edad y el tamaño de su bebé? <i>Car seat used is correct size for age and size of baby?</i> | Sí <i>Yes</i> | No | Omitir <i>Skip</i> | |
| 14 | ¿Su bebé pasa tiempo cerca de una piscina, río o lago? <i>Baby spends time near a swimming pool, river, or lake?</i> | No | Sí <i>Yes</i> | Omitir <i>Skip</i> | |

| | | | | | |
|----|--|----|------------------|-----------------------|---|
| 15 | ¿Su bebé pasa tiempo en un hogar donde hay un arma de fuego? <i>Baby spends time in home where a gun is kept?</i> | No | Sí <i>Yes</i> | Omitir <i>Skip</i> | |
| 16 | En el biberón de su bebé, ¿coloca algo que no sea fórmula, leche materna o agua? <i>Gives baby a bottle with anything in it except formula, breast milk, or water?</i> | No | Sí <i>Yes</i> | Omitir <i>Skip</i> | <i>Dental Health</i> |
| 17 | ¿Su bebé pasa tiempo con alguna persona que fuma? <i>Baby spends time with anyone who smokes?</i> | No | Sí <i>Yes</i> | Omitir <i>Skip</i> | <i>Drug, Alcohol & Tobacco Exposure</i> |
| 18 | ¿Hay algún miembro en la familia del niño que tenga o haya tenido problema de drogas o de alcohol? <i>Family members with drug or alcohol problems?</i> | No | Sí <i>Yes</i> | Omitir <i>Skip</i> | |
| 19 | ¿Tiene su niño miembro en la familia que sufra de depresión, ansiedad, TEPT o otra enfermedad mental? <i>Family members with depression, anxiety, PTSD?</i> | No | Sí <i>Yes</i> | Omitir <i>Skip</i> | <i>Home Environment</i> |
| 20 | (para mamá de familia) ¿Ha sido usted golpeada, lastimada o amenazada por su pareja o otra persona en su hogar? <i>(For parents) Does a partner, or anyone at home, hurt, hit or threaten you?</i> | No | Sí <i>Yes</i> | Omitir <i>Skip</i> | |
| 21 | ¿Se le ha separado a su niño de alguno de sus padres por más de un mes, debido a alguna enfermedad de los padres, separación de los padres, a un encarcelamiento u otra razón? <i>Child has been away from either parent due to parental illness, separation, foster care, parental incarceration or other reasons?</i> | No | Sí <i>Yes</i> | Omitir <i>Skip</i> | |
| 22 | ¿Le ha sucedido algo verdaderamente aterrador o angustiante a su niño o a otra persona en la familia del niño? <i>Has anything really scary or upsetting happened to child or anyone in family?</i> | No | Sí <i>Yes</i> | Omitir <i>Skip</i> | |
| 23 | ¿Durante el último año, ¿le ha preocupado que se le terminen los alimentos antes de poder conseguir más? <i>Worried that food would run out before you were able to get more?</i> | No | Sí <i>Yes</i> | Omitir <i>Skip</i> | |
| 24 | Durante el último año, ¿le ha preocupado tener que mudarse de su hogar por no poder pagar la renta, o por otras razones? <i>Worried that you would need to move out of a place you were staying due to inability to afford the rent, or for other reasons?</i> | No | Sí <i>Yes</i> | Omitir <i>Skip</i> | <i>Other Questions</i> |
| 25 | ¿Tiene alguna pregunta o inquietud sobre la salud, el desarrollo o el comportamiento de su bebé? <i>Any other questions or concerns about baby's health, development, or behavior?</i> | No | Sí <i>Yes</i> | Omitir <i>Skip</i> | |

Si la respuesta es afirmativa, describa:

| Clinic Use Only | Counseled | Referred | Anticipatory Guidance | Follow-up Ordered | Comments: |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Nutrition | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Patient Declined the SHA |
| <input type="checkbox"/> Physical Activity | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Safety | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Dental Health | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Drug, Alcohol & Tobacco Exposure | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Home Environment | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| PCP's Signature: | Print Name: | | | Date: | |



Evaluación de Necesidades Familiares^{1,2}

Nuestro objetivo en Gardner Packard Children's Health Center es brindar la mejor atención posible para su hijo y su familia. Nos gustaría asegurarnos de que conoce los recursos disponibles para las necesidades de su familia. Por favor, conteste a las preguntas y dar al médico de su hijo al comienzo de la visita. ¡Gracias!

1. ¿En cuál de estas áreas le gustaría recibir ayuda o recursos adicionales hoy? (Marque todo lo que corresponda)

- Comida
- Alojamiento
- Condiciones de vivienda (ejemplo: moho en casa)
- Utilidades
- Transporte
- Apoyo Educativo
- Cuidado de niños o preescolar

- Ninguna de las anteriores

2. ¿Cuál de las preocupaciones anteriores es la más importante de hoy?