



30 meses

Favor de completar el cuestionario antes de su cita hoy.

Gracias!



Ages & Stages Questionnaires®

28 meses 16 días a 31 meses 15 días

Cuestionario de 30 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. Si Ud. señala un dibujo de una pelota (gatito, vaso, gorro, etc.) y le pregunta a su niña "¿Qué es?" ¿puede <i>identificar y nombrar</i> al menos un dibujo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
2. Sin darle pistas señalándole o usando gestos, ¿puede su niño seguir al menos tres de las siguientes instrucciones?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
<input type="radio"/> a. "Pon el juguete en la mesa". <input type="radio"/> d. "Busca tu abrigo". <input type="radio"/> b. "Cierra la puerta". <input type="radio"/> e. "Dame la mano". <input type="radio"/> c. "Tráeme una toalla". <input type="radio"/> f. "Agarra tu libro".				
3. Al pedirle a su niña que señale la nariz, los ojos, el pelo, los pies, las orejas, etc., ¿puede señalar al menos <i>siete</i> 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"/>	_____
4. ¿Forma su niño oraciones de tres o cuatro palabras? Favor de escribir un ejemplo:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; height: 60px; width: 100%;"></div>				
5. 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"/>	_____
6. 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"/>	_____
	TOTAL EN COMUNICACION			_____


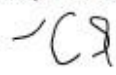



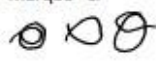
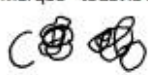
MOTORA GRUESA

		SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. ¿Su niña corre bien y sabe detenerse sin chocar con las cosas o caerse?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
2. ¿Su niño sube o baja al menos dos escalones sin ayuda? Puede agarrarse de la pared o de la barandilla. (Ud. puede hacer esta observación en una tienda, en el parque, o en casa.)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
3. 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"/>	___
4. ¿Puede saltar su niño, levantando ambos pies del suelo a la vez?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
5. ¿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.*		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___*
6. ¿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"/>	___

TOTAL EN MOTORA GRUESA

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

MOTORA FINA

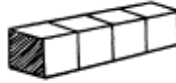
	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. ¿Rota (gira) la mano su niño al intentar abrir una puerta, darle cuerda a un juguete, jugar con un trompo, o poner y quitar una tapa de un frasco?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
2. Después de observarlo/la a Ud. dibujar una línea de arriba 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"/>	—
	Marque "sí"  Marque "todavía no" 			
3. ¿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"/>	—
				
4. Después de observarlo/la a Ud. dibujar una línea de un lado al otro de la hoja de papel, pídale a su niña que haga una línea como la suya. No la deje dibujar encima de la suya ni usar papel transparente. ¿Su niña dibuja una línea horizontal, copiando lo que Ud. hizo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
	Marque "sí"  Marque "todavía no" 			
5. Después de observarlo/la a Ud. dibujar un círculo, pídale a su niño que dibuje un círculo como el suyo. No lo deje dibujar encima del suyo ni usar papel transparente. ¿Su niño dibuja un círculo, copiando lo que Ud. hizo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
	Marque "sí"  Marque "todavía no" 			
6. ¿Sabe darle la vuelta a las hojas de un libro una por una?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
TOTAL EN MOTORA FINA				—

RESOLUCION DE PROBLEMAS

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. Mientras su niño se mira en un espejo, pregúntele: "¿Dónde está _____?" (Diga el nombre de su niño.) ¿Se señala en el espejo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
				
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"/>	—

RESOLUCION DE PROBLEMAS (continuación)

3. 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.)*



4. 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:



5. 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.)*
6. Después de hacer un dibujo o trazar un garabato, ¿le dice su niño lo que acaba de dibujar? *(Ud. le puede decir, "Cuéntame algo sobre tu dibujo", o "¿Qué dibujaste?")*

SI	A VECES	TODAVIA NO	_____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS			_____

SOCIO-INDIVIDUAL

1. Si Ud. hace algunos de los siguientes gestos, ¿su niña intenta imitar al menos uno de ellos?
- a. Abrir y cerrar la boca. c. Jalarse la oreja.
- b. Abrir y cerrar los ojos. d. Tocarse la mejilla.
2. A la hora de comer, ¿su niño se mete la cuchara en la boca sin que se le caiga mucha comida?
3. ¿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?
4. ¿Su niño se pone el abrigo, su chaqueta, o su camisa sin ayuda?
5. Si Ud. le ayuda a ponerse los pantalones, metiendo sus pies primero, ¿su niña se los sube hasta la cintura?
6. Si Ud. le pregunta a su niña, "¿Quién está ahí?" cuando se ve en el espejo, ¿contesta "yo" o dice su nombre?

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

M-CHAT-R™

Por favor conteste las siguientes preguntas teniendo en cuenta el comportamiento que su hijo/a presenta usualmente. Si ha notado cierto comportamiento algunas veces, pero no es algo que hace usualmente, por favor conteste **no**. Conteste cada una de las preguntas, marcando con un círculo, la palabra sí o no como respuesta. Muchas gracias.

- | | | |
|---|----|----|
| 1. ¿Si usted señala un objeto del otro lado del cuarto, su hijo/a lo mira?
(POR EJEMPLO ¿Si usted señala un juguete o un animal, su hijo/a mira al juguete o al animal?) | Sí | No |
| 2. ¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo/a es sordo/a? | Sí | No |
| 3. ¿Su hijo/a juega juegos de fantasía o imaginación? (POR EJEMPLO finge beber de una taza vacía, finge hablar por teléfono o finge darle de comer a una muñeca o un peluche) | Sí | No |
| 4. ¿A su hijo/a le gusta treparse a las cosas?
(POR EJEMPLO muebles, escaleras o juegos infantiles) | Sí | No |
| 5. ¿Su hijo/a hace movimientos inusuales con los dedos cerca de sus ojos?
(POR EJEMPLO ¿Mueve sus dedos cerca de sus ojos de manera inusual?) | Sí | No |
| 6. ¿Su hijo/a apunta o señala con un dedo cuando quiere pedir algo o pedir ayuda?
(POR EJEMPLO señala un juguete o algo para comer que está fuera de su alcance) | Sí | No |
| 7. ¿Su hijo/a apunta o señala con un dedo cuando quiere mostrarle algo interesante?
(POR EJEMPLO señala un avión en el cielo o un camión grande en el camino) | Sí | No |
| 8. ¿Su hijo/a muestra interés en otros niños?
(POR EJEMPLO ¿mira con atención a otros niños, les sonríe o se les acerca?) | Sí | No |
| 9. ¿Su hijo/a le muestra cosas acercándoselas a usted o levantándolas para que usted las vea, no para pedir ayuda sino para compartirlas con usted?
(POR EJEMPLO le muestra una flor, un peluche o un camión/carro de juguete) | Sí | No |
| 10. ¿Su hijo/a responde cuando usted le llama por su nombre?
(POR EJEMPLO ¿Cuando usted lo llama por su nombre: lo mira a usted, habla, balbucea, o deja de hacer lo que estaba haciendo?) | Sí | No |
| 11. ¿Cuándo usted le sonríe a su hijo/a, él o ella le devuelve la sonrisa? | Sí | No |
| 12. ¿A su hijo/a le molestan los ruidos cotidianos?
(POR EJEMPLO ¿Llora o grita cuando escucha la aspiradora o música muy fuerte?) | Sí | No |
| 13. ¿Su hijo/a camina? | Sí | No |
| 14. ¿Su hijo/a le mira a los ojos cuando usted le habla, juega con él/ella o lo/la viste? | Sí | No |
| 15. ¿Su hijo/a trata de imitar sus movimientos? (POR EJEMPLO decir adiós con la mano, aplaudir o algún ruido chistoso que usted haga) | Sí | No |
| 16. ¿Si usted se voltea a ver algo, su hijo/a trata de ver que es lo que usted está mirando? | Sí | No |
| 17. ¿Su hijo/a trata que usted lo mire? (POR EJEMPLO ¿Busca que usted lo/la halague, o dice “mirame”?) | Sí | No |
| 18. ¿Su hijo/a le entiende cuando usted le dice que haga algo?
(POR EJEMPLO ¿Su hijo/a entiende “pon el libro en la silla” o “tráeme la cobija” sin que usted haga señas?) | Sí | No |
| 19. ¿Si algo nuevo ocurre, su hijo/a lo mira a la cara para ver cómo se siente usted al respecto?
(POR EJEMPLO ¿Si oye un ruido extraño o ve un juguete nuevo, se voltearía a ver su cara?) | Sí | No |
| 20. ¿A su hijo/a le gustan las actividades con movimiento?
(POR EJEMPLO Le gusta que lo mezan/columpien, o que lo haga saltar en sus rodillas) | Sí | No |

Evaluación de Salud

(Staying Healthy Assessment)

1-2 años (1-2 Years)

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 hijo? <i>Breastfeeds child?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	Nutrition
2	¿Su hijo bebe o come 3 porciones al día de alimentos ricos en calcio, como fórmula, leche materna, queso, yogur, leche de soja o tofu? <i>Child drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
3	¿Su hijo come frutas y verduras, al menos, 2 veces al día? <i>Child eats fruits and vegetables at least 2 times per day?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
4	¿Su hijo come alimentos con alto contenido de grasa, como alimentos fritos, papitas, helado o pizza más de una vez por semana? <i>Child eats high-fat foods more than once per week?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
5	¿Su hijo bebe más de una pequeña taza (4 - 6 oz.) de jugo al día? <i>Child drinks more than one small cup of juice per day?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
6	¿Su hijo toma refresco, jugos, bebidas deportivas, bebidas energizantes u otras bebidas endulzadas más de una vez por semana? <i>Child drinks soda, juice drinks, sports drinks, energy drinks, or other sweetened drinks more than once per week?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
					Physical Activity
7	¿Su hijo juega activamente la mayoría de los días de la semana? <i>Child plays actively most days of the week?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	Physical Activity
8	¿Le preocupa el peso de su hijo? <i>Concerned about child's weight?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
9	¿Su hijo ve televisión o juega juegos de video? <i>Child watches TV or plays video games?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
					Safety
10	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
11	¿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>	
12	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>	
13	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>	
14	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>	
15	Cuando su hijo está en la tina, ¿permanece con él en todo momento? <i>Always stays with child in the bathtub?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
16	¿Su hijo siempre viaja en un asiento de seguridad para automóvil orientado hacia atrás, en el asiento de atrás? <i>Always places child in a rear facing car seat in the back seat?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
17	¿El asiento de seguridad para automóvil que utiliza es el adecuado para la edad y el tamaño de su hijo? <i>Car seat used is correct size for age and size of child?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	

18	¿Se fija usted siempre que no haya niños al retroceder en el automóvil al salir de su cochera? <i>Always checks for children before backing car out?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
19	¿Su hijo pasa tiempo cerca de una piscina, río o lago? <i>Child spends time near a swimming pool, river, or lake?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
20	¿Su hijo pasa tiempo en un hogar donde hay un arma de fuego? <i>Child spends time in home where a gun is kept?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
21	¿Su hijo siempre usa casco al montar en bicicleta, patineta o scooter? <i>Child always wears a helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
22	¿Su hijo se cepilla los dientes y los limpia con hilo dental todos los días? <i>Child is helped to brush and floss teeth daily?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	<i>Dental Health</i>
23	¿Su hijo pasa tiempo con alguna persona que fuma? <i>Child spends time with anyone who smokes?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	<i>Drug, Alcohol & Tobacco Exposure</i>
24	¿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>	
25	¿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>
26	(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>	
27	¿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>	
28	¿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>	
29	¿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>	<i>Other Questions</i>
30	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>	
31	¿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"/> 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"/>	<input type="checkbox"/> Patient Declined the SHA

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?