



32 meses

Favor de completar el cuestionario antes de su cita hoy.

Gracias!



Ages & Stages Questionnaires®

31 meses 16 días a 34 meses 15 días

Cuestionario de 33 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. 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 ya sea con su nombre o con su apodo?	<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. 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"/>	—
3. ¿Puede saltar su niño, levantando ambos pies del suelo a la vez?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
4. ¿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"/>	—
5. ¿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"/>	—
6. 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"/>	—
TOTAL EN MOTORA GRUESA					—

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?	<p>Marque "sí"</p>  <p>Marque "todavía no"</p> 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—

MOTORA FINA (continuación)

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?



3. 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?



4. 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?



5. ¿Sabe darle la vuelta a las hojas de un libro una por una?

6. ¿Su niño 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 niño cuando esté usando las tijeras para que no se vaya a cortar.)



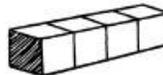
	SI	A VECES	TODAVIA NO	
2.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
3.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
4.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
5.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
6.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
TOTAL EN MOTORA FINA				—

RESOLUCION DE PROBLEMAS

1. Mientras su niña se mira en un espejo, pregúntele: "¿Dónde está _____?" (Diga el nombre de su niña.) ¿Se señala en el espejo?



2. 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.)



3. 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.)

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
2.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
3.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—

RESOLUCION DE PROBLEMAS (continuación)

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 _____

TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS _____

SOCIO-INDIVIDUAL

1. A la hora de comer, ¿su niña se mete la cuchara en la boca sin que se le caiga mucha comida?
2. ¿Su niño 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. ¿Su niña se pone el abrigo, su chaqueta, o su camisa sin ayuda?
4. Si Ud. le ayuda a ponerse los pantalones, metiendo sus pies primero, ¿su niño se los sube hasta la cintura?
5. Si Ud. le pregunta a su niña, "¿Quién está ahí?" cuando se ve en el espejo, ¿contesta "yo" o dice su nombre?
6. Hágle la siguiente pregunta a su niño empleando estas palabras exactas: "¿Eres una niña o un niño?" ¿Sabe responder correctamente?

SI A VECES TODAVIA NO _____

TOTAL EN SOCIO-INDIVIDUAL _____

Evaluación de Salud

(Staying Healthy Assessment)

3-4 años (3-4 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	¿Su hijo bebe o come 3 porciones al día de alimentos ricos en calcio, como 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>	Nutrition
2	¿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>	
3	¿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>	
4	¿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>	
5	¿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
6	¿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
7	¿Le preocupa el peso de su hijo? <i>Concerned about child's weight?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
8	¿Su hijo ve televisión o juega juegos de video menos de 2 horas al día? <i>Child watches TV or plays video games less than 2 hours per day?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
					Safety
9	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
10	¿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>	
11	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>	
12	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>	
13	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>	
14	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>	
15	¿Su hijo siempre viaja en un asiento de seguridad para automóvil? <i>Always places child in a car seat?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
16	¿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>	
17	¿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>	

18	¿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>	
19	¿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>	
20	¿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>	
21	¿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>	Dental Health
22	¿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>	Drug, Alcohol & Tobacco Exposure
23	¿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>	
24	¿Tiene su niño miembro en la familia que sufra de depresión, ansiedad, TEPT u otra enfermedad mental? <i>Family members with depression, anxiety, PTSD?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Home Environment
25	(para mama de familia) ¿Ha sido usted golpeada, lastimada o amenazada por su pareja u 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>	
26	¿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>	
27	¿Le ha sucedido algo verdaderamente atemorizante 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>	
28	¿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>	Other Questions
29	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>	
30	¿Tiene alguna pregunta o inquietud sobre la salud, el desarrollo o el comportamiento de su hijo? <i>Any other questions or concerns about child'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"/> 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:	
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?

Adaptado de: ¹Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) Accountable Health Communities (AHC) Health Related Social Needs Screening Tool and ²WE-CARE: Well-child care visit; Evaluation; Community resources; Advocacy; Referral; Education. Modificado en 6/12/2018.