



# 8 meses

Favor de completar el cuestionario antes de su cita hoy.

Gracias!



# Ages & Stages Questionnaires®

7 meses 0 días a 8 meses 30 días

## Cuestionario de 8 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. llama a su bebé cuando ella no lo/la puede ver, ¿voltea la cabeza en la dirección de su voz?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 2. Cuando escucha un ruido fuerte, ¿su bebé voltea a ver de dónde viene?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 3. Si Ud. imita los sonidos que hace su bebé, ¿ella los repite?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 4. ¿Hace su bebé sonidos como "da", "ga", "ka", y "ba"?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 5. ¿Responde su bebé a los diferentes tonos de su voz y deja de hacer la actividad que lo tiene entretenido, al menos por un momento, cuando Ud. le dice "no-no"? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 6. ¿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"/> | _____ |

TOTAL EN COMUNICACION \_\_\_\_\_

### MOTORA GRUESA

|   | SI                    | A VECES               | TODAVIA NO            | _____ |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| 1. Cuando Ud. sienta a su bebé en el suelo, ¿ella usa las manos para apoyarse? (Si su bebé ya puede sentarse sin apoyarse con las manos, marque "sí" en esta pregunta.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 2. Cuando está acostado boca arriba, ¿su bebé puede darse la vuelta para estar boca abajo, sacando los brazos hacia los lados del cuerpo?                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 3. ¿Puede su bebé ponerse en la postura para gatear apoyándose en las manos y en las rodillas?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |



## MOTORA GRUESA (continuación)

|  |   | SI                    | A VECES               | TODAVIA NO            |    |
|--|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----|
| 4. 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"/> | —  |
| 5. 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"/> | —* |
| 6. Al ponerlo 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"/> | —  |

TOTAL EN MOTORA GRUESA

\*Si marcó "sí" o "a veces" en la pregunta 5, marque "sí" en la pregunta 1.

## MOTORA FINA

|   |   | SI                    | A VECES               | TODAVIA NO            |   |
|---|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| 1. ¿Extiende la mano para tomar una migaja de pan o un Cheerio (cereal de desayuno) y/o lo toca con el dedo o la mano? (Si su bebé ya puede agarrar un objeto pequeño, marque "sí" en esta pregunta.)   |  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 2. ¿Puede agarrar un juguete pequeño y tenerlo en la palma de la mano, sujetándolo con los dedos?   |  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 3. ¿Intenta 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, incluso si no puede agarrarlo? (Si ya puede agarrar una migaja o un Cheerio de esta manera, marque "sí" en esta pregunta.) |  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 4. ¿Agarra un juguete pequeño con una sola mano?  |  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 5. ¿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.)   |  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |

## MOTORA FINA (continuación)

6. ¿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.)\*



SI                      A VECES                      TODAVIA NO

                                                                 \_\_\_\_\_\*

TOTAL EN MOTORA FINA

*\*Si marcó "sí" o "a veces" en la pregunta 6, marque "sí" en la pregunta 1.*

## RESOLUCION DE PROBLEMAS

1. ¿Su bebé agarra un juguete y se lo mete en la boca?



SI                      A VECES                      TODAVIA NO

                                                                 \_\_\_\_\_

2. Al estar boca arriba, ¿su bebé intenta agarrar un juguete que se le cayó si lo puede ver?

                                                                 \_\_\_\_\_

3. ¿Juega golpeando un juguete contra el suelo o contra la mesa?



                                                                 \_\_\_\_\_

4. ¿Se pasa un juguete de una mano a la otra?



                                                                 \_\_\_\_\_

5. ¿Recoge su bebé dos juguetes pequeños, tomando uno en cada mano, y los sujeta por aproximadamente un minuto?



                                                                 \_\_\_\_\_

6. Al tener un juguete en la mano, ¿lo golpea contra otro que está en la mesa?



                                                                 \_\_\_\_\_

TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS \_\_\_\_\_

## SOCIO-INDIVIDUAL

|   | SI  | A VECES               | TODAVIA NO            |   |
|---|---|-----------------------|-----------------------|---|
| 1. Al estar boca arriba, ¿intenta jugar agarrándose el pie?   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
|   |  |                       |                       |   |
| 2. Al estar delante de un espejo grande, ¿intenta tocar el espejo con las manos?  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
|   |  |                       |                       |   |
| 3. ¿Intenta agarrar un juguete que no puede alcanzar? (Puede que intente darse la vuelta, girar el tronco estando boca abajo, o gatear para agarrarlo.) | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 4. Al estar boca arriba, ¿su bebé intenta meterse el pie en la boca?  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
|   |  |                       |                       |   |
| 5. ¿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"/> | — |
| 6. ¿Puede su bebé comer una galleta sin ayuda?  | <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<br><input type="checkbox"/> Hombre | Fecha de hoy | ¿Asiste a una guardería?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                      |
| Persona que completa el formulario         | <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Familiar<br><input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Tutor | <input type="checkbox"/> Otro<br>(especifique)                    |              | ¿Necesita ayuda para completar el formulario?<br><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:**

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

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

*Si la respuesta es afirmativa, describa:*

| <b>Clinic Use Only</b>                                    | 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"/> <b>Patient Declined the SHA</b> |
| PCP's Signature:  |                          | Print Name:              |                          |                          | Date:  |



GARDNER

Packard Children's Health  
Center

## **Evaluación de Necesidades Familiares<sup>1,2</sup>**

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?