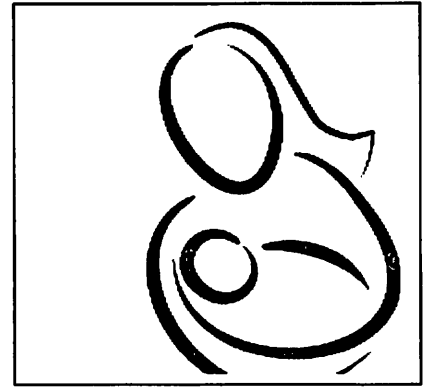


Ages & Stages Questionnaire

11 month 0 days through 12 months 30 days

12 Month Questionnaire



Date ASQ Completed: _____

Child's information

Child's first name: _____ Middle : _____ Last: _____

Child's date of birth: _____

Gender: M F

Person filling out questionnaire

First name: _____ Last name: _____

Relationship to child: Parent Grandparent Foster parent Guardian Teacher
 FOW TA Interpreter Other

Place Sticker Here

| AGE CALCULATION | Year | Month | Day |
|---------------------|------|-------|-----|
| Administration Date | | | |
| Date of Birth | | | |
| Age of Child | | | |

Subtract date of birth from date ASQ-3 was administered.
See *Implementation Guide* for details.

Program Information

Name of Reach Dane site: _____

Name of classroom: _____



Cuestionario de 12 meses

11 meses 0 días a
12 meses 30 días

En las siguientes páginas Ud. encontrará una serie de preguntas sobre diferentes actividades que generalmente hacen los bebés. Puede ser que su bebé 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 bebé hace la actividad regularmente, a veces, o todavía no.

Puntos que hay que recordar:


- Asegúrese de intentar cada actividad con su bebé antes de contestar las preguntas.
- Complete el cuestionario haciendo las actividades con su bebé como si fueran un juego divertido.
- Asegúrese de que su bebé haya descansado y comido.
- Por favor, devuelva este cuestionario antes de esta fecha:

Notas:

COMUNICACION



| | SI | A VECES | TODAVIA NO | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----|
| 1. ¿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"/> | ___ |
| 2. 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"/> | ___ |
| 3. ¿Sigue su bebé instrucciones sencillas, como por ejemplo, "ven acá", "dámelo", o devuélvelo" sin que Ud. le haga gestos para que entienda lo que le está pidiendo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
| 4. ¿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"/> | ___ |
| 5. Al preguntarle, ¿dónde está la pelota (el gorro, el zapato, etc.)?, ¿su bebé mira el objeto? (Asegúrese de que el objeto esté presente. Marque "sí" en esta pregunta si reconoce por lo menos un objeto.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
| 6. Cuando su bebé quiere algo, ¿lo señala con el dedo para comunicárselo a Ud.? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
| | TOTAL EN COMUNICACION | | | ___ |

MOTORA GRUESA





| | SI | A VECES | TODAVIA NO | |
|---|---|-----------------------|-----------------------|-----|
| 1. Al estar agarrado a un mueble, ¿puede su bebé agacharse para recoger un juguete del suelo y después volver a ponerse de pie? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
| |  | | | |
| 2. Al estar agarrada a un mueble, ¿puede su bebé agacharse, manteniendo el control (sin caerse al suelo)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |

MOTORA GRUESA

(continuación)

| | SI | A VECES | TODAVIA NO | |
|--|---|-----------------------|-----------------------|---|
| 3. ¿Camina por la casa su bebé, agarrándose a los muebles con una sola mano? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 4. Si Ud. le agarra ambas manos para ayudarle a mantener el equilibrio, ¿su bebé da unos pasitos hacia adelante sin tropezar o caerse? (Si su bebé ya puede caminar solo, marque "sí" en esta pregunta.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| |  | | | |
| 5. Cuando Ud. le toma una mano para que no se caiga, ¿puede su bebé dar unos pasitos hacia adelante? (Si su bebé ya camina sola, marque "sí" en esta pregunta.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| |  | | | |
| 6. ¿Su bebé puede ponerse de pie y dar algunos pasitos hacia adelante sin ninguna ayuda o soporte? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| | TOTAL EN MOTORA GRUESA | | | |
| | | | | — |

MOTORA FINA

| | SI | A VECES | TODAVIA NO | |
|--|---|-----------------------|-----------------------|----|
| 1. 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.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| |  | | | |
| 2. ¿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. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| |  | | | |
| 3. ¿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? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 4. Sin apoyar la mano o el brazo en la mesa, ¿puede agarrar una migaja de pan o un Cheerio (cereal de desayuno) con las yemas de los dedos (índice y pulgar)?* | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | —* |
| |  | | | |
| 5. ¿Puede lanzar su bebé una pelota pequeña, moviendo el brazo hacia adelante por encima del hombro? (Si simplemente la deja caer, marque "todavía no" en esta pregunta.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| |  | | | |

MOTORA FINA

(continuación)

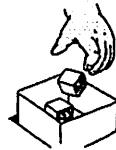
- | | SI | A VECES | TODAVIA NO | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| 6. ¿Su bebé le ayuda a Ud. a darle la vuelta a las hojas de un libro? (Ud. puede darle la página para que ella la agarre.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |

TOTAL EN MOTORA FINA

*Si marcó "sí" o "a veces"
en la pregunta 4, marque
"sí" en la pregunta 2.

RESOLUCION DE PROBLEMAS

- | | SI | A VECES | TODAVIA NO | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----|
| 1. 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"/> | — |
| 2. ¿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 una botella de refresco o un biberón)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 3. 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"/> | — |
| 4. Si Ud. pone un juguete en un tazón o en una caja, ¿su bebé lo/la imita queriendo meter un juguete también, aunque pueda ser que no lo suelte? (Si ya suelta el juguete en el tazón o en la caja, marque "sí" en esta pregunta.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 5. ¿Su bebé pone dos juguetes, uno tras otro, en un recipiente como una caja o un tazón grande? (Puede enseñarle cómo se hace.)* | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | —* |
| 6. Si Ud. traza rayones o garabatos en un papel con una crayola (o con un lápiz o una pluma), ¿hace su bebé lo mismo, imitándole a Ud.? (Si ya sabe trazar solo, marque "sí" en esta pregunta.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |

**TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS**

*Si marcó "sí" o "a veces"
en la pregunta 5, marque
"sí" en la pregunta 4.

SOCIO-INDIVIDUAL

- | | SI | A VECES | TODAVIA NO | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| 1. 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"/> | — |
| 2. 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"/> | — |
| 3. 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"/> | — |
| 4. Al vestir a su bebé, ¿levanta ella el pie cuando Ud. le va a poner el zapato, el calcetín, o el pantalón? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |

SOCIO-INDIVIDUAL (continuación)

| | SI | A VECES | TODAVIA NO | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| 5. Al jugar a la pelota con su bebé, ¿su bebé la tira o la hace rodar para que Ud. se la devuelva? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 6. ¿Juega su bebé con una muñeca o con un muñeco de peluche, abrazándolo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| TOTAL EN SOCIO-INDIVIDUAL | | | | — |

OBSERVACIONES GENERALES

Los padres y proveedores pueden utilizar el espacio después de cada pregunta para hacer comentarios adicionales.

1. ¿Usa su bebé ambas manos y ambas piernas igualmente bien? Si contesta "no", explique: SI NO

2. ¿Experimenta su bebé con sonidos, o parece formar nuevas palabras? Si contesta "no", explique: SI NO

3. Cuando está de pie, ¿pone su bebé los pies completamente planos sobre el suelo la mayoría de las veces? Si contesta "no", explique: SI NO

4. ¿Le preocupa que su bebé sea muy callado/a o que no haga sonidos como otros bebés? Si contesta "sí", explique: SI NO

OBSERVACIONES GENERALES (continuación)

5. ¿Tiene algún familiar con historia de sordera o cualquier otro impedimento auditivo?
Si contesta "sí", explique:

 SI NO

6. ¿Tiene Ud. alguna preocupación sobre la visión de su bebé? Si contesta "sí",
explique:

 SI NO

7. ¿Ha tenido su bebé algún problema de salud en los últimos meses? Si contesta "sí",
explique:

 SI NO

8. ¿Tiene alguna preocupación sobre el comportamiento de su bebé? Si contesta "sí",
explique:

 SI NO

9. ¿Le preocupa algún aspecto del desarrollo de su bebé? Si contesta "sí", explique:

 SI NO



12 Month ASQ-3 Information Summary

11 months 0 days through
12 months 30 days

Baby's name: _____ Date ASQ completed: _____

Baby's ID #: _____ Date of birth: _____

Administering program/provider: _____ Was age adjusted for prematurity when selecting questionnaire? Yes No

1. SCORE AND TRANSFER TOTALS TO CHART BELOW: See ASQ-3 User's Guide for details, including how to adjust scores if item responses are missing. Score each item (YES = 10, SOMETIMES = 5, NOT YET = 0). Add item scores, and record each area total. In the chart below, transfer the total scores, and fill in the circles corresponding with the total scores.

| Area | Cutoff | Total Score | 0 | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 |
|-----------------|--------|-------------|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Communication | 15.64 | | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Gross Motor | 21.49 | | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Fine Motor | 34.50 | | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Problem Solving | 27.32 | | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Personal-Social | 21.73 | | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

2. TRANSFER OVERALL RESPONSES: Bolded uppercase responses require follow-up. See ASQ-3 User's Guide, Chapter 6.

- | | | | | | |
|--|-----|-----------|--|-----|----|
| 1. Uses both hands and both legs equally well? Comments: | Yes | NO | 6. Concerns about vision? Comments: | YES | No |
| 2. Plays with sounds or seems to make words? Comments: | Yes | NO | 7. Any medical problems? Comments: | YES | No |
| 3. Feet are flat on the surface most of the time? Comments: | Yes | NO | 8. Concerns about behavior? Comments: | YES | No |
| 4. Concerns about not making sounds? Comments: | YES | No | 9. Other concerns? Comments: | YES | No |
| 5. Family history of hearing impairment? Comments: | YES | No | | | |

RESULTS/FOLLOW-UP ACTION TO BE TAKEN: Please check one.

- White dots** – when all scores fall in the white area of the score chart, no further action is needed.
- Grey dots** – will be monitored through GOLD assessment notes and individualize in lesson plans. If concerns continue with a child, contact the Disability Specialist for referral information.
- Black dots** – when a score falls in the black area, teachers are responsible to rescreen the child within 60 days of the screen date.

Other:
