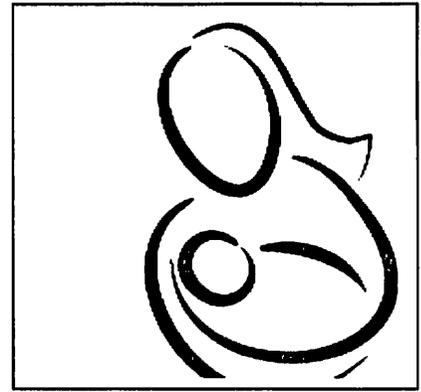


# Ages & Stages Questionnaire

15 month 0 days through 16 months 30 days

## 16 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 16 meses

15 meses 0 días a  
16 meses 30 días

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

## Puntos que hay que recordar:

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

## Notas:

---



---



---



---

A esta edad, muchos niños no cooperan cuando se les pide hacer cosas. Quizás Ud. tenga que intentar hacer las actividades más de una vez con su niño/a. Si es posible, intente hacer las actividades cuando su niño/a tenga buena disposición. Si su niño/a puede hacer la actividad, pero se niega a hacerla, marque "sí" en la pregunta.

## COMUNICACION

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. ¿Intenta su niño tocar, agarrar, o señalar con el dedo los dibujos de un libro?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
2. ¿Dice su niña cuatro o más palabras además de "mamá" y "papá"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
3. Cuando su niño quiere algo, ¿lo señala con el dedo para comunicárselo a Ud.?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
4. Cuando Ud. se lo pide, ¿va su niña a otro cuarto a buscar un juguete u objeto conocido? (Puede preguntarle, "¿Dónde está la pelota?", o decirle "Tráeme tu abrigo", o "Busca tu cobija".)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
5. ¿Imita su niña una oración de dos palabras? Por ejemplo, cuando Ud. dice "Mamá juega", "Papá come", o "¿Qué es?", repite ella la misma frase? (Marque "sí" aun si sus palabras sean difíciles de entender.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
6. ¿Dice su niño ocho o más palabras además de "mamá" y "papá"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
	<b>TOTAL EN COMUNICACION</b>			___

## MOTORA GRUESA

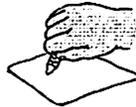
	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. ¿Su niña puede ponerse de pie y dar algunos pasitos hacia adelante sin ninguna ayuda o soporte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
2. ¿Su niño se sube a los muebles o a juegos (como grandes bloques) hechos para bebé?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
3. ¿Puede su niña agacharse para recoger un objeto del suelo y volver a ponerse de pie sin apoyo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___

**MOTORA GRUESA** (continuación)

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
4. ¿Camina su niño por la casa en lugar de gatear?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
5. ¿Camina bien su niña, sin caerse a menudo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
6. ¿Se sube a algún objeto como una silla para alcanzar algo que quiere (por ejemplo, para agarrar un juguete que está arriba del mostrador de la cocina o para "ayudarlo" en la cocina)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
<b>TOTAL EN MOTORA GRUESA</b>				—

**MOTORA FINA**

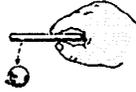
	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. ¿Su niña le ayuda a Ud. a darle la vuelta a las hojas de un libro? (Ud. puede darle la página para que ella la agarre.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
2. ¿Puede lanzar su niño una pelota pequeña, moviendo el brazo hacia adelante por encima del hombro? (Si simplemente la deja caer, marque "todavía no" en esta pregunta.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
3. ¿Coloca su niña un cubito o un juguete pequeño encima de otro? (También puede usar carretes de hilo de coser, cajitas, o juguetes que midan aproximadamente una pulgada, o 3 centímetros.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
4. ¿Puede su niño poner tres cubitos o juguetes uno sobre otro sin ayuda?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
5. Cuando intenta dibujar, ¿marca su niña la hoja de papel con la punta de la crayola (o del lápiz o de la pluma)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
6. ¿Sabe darle la vuelta a las hojas de un libro sin ayuda? (Tal vez pase más de una hoja a la vez.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
<b>TOTAL EN MOTORA FINA</b>				—

**RESOLUCION DE PROBLEMAS**

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. Si Ud. traza rayones o garabatos en un papel con una crayola (o con un lápiz o una pluma), ¿hace su niño lo mismo, imitándole a Ud.? (Si ya sabe trazar solo, marque "sí" en esta pregunta.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
2. ¿Puede su niña meter una migaja o un Cheerio (cereal de desayuno) dentro de una pequeña botella transparente (por ejemplo una botella de refresco o un biberón)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
3. ¿Mete varios juguetes pequeños, uno tras otro, dentro de un recipiente como una caja o un tazón? (Puede enseñarle cómo se hace.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—

**RESOLUCION DE PROBLEMAS** (continuación)

4. Después de enseñarle a su niño cómo se hace, ¿usa una cuchara, un palo, u otro implemento similar para intentar agarrar un juguete pequeño que esté ligeramente fuera de su alcance?



5. Sin enseñarle cómo hacerlo, ¿traza su niña garabatos o rayas cuando Ud. le da una crayola (o un lápiz o una pluma)?\*
6. Después de dejar caer una migaja o un Cheerio (cereal de desayuno) en una pequeña botella transparente, ¿pone la botella al revés para sacarlo? (Puede enseñarle cómo hacerlo.)

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"/>	—

TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS —

\*Si marcó "sí" en la pregunta 5, marque "sí" en la pregunta 1 también.

**SOCIO-INDIVIDUAL**

1. ¿Come con cuchara su niño sin la ayuda de Ud., aunque se le caiga algo de comida?
2. Cuando Ud. desviste a su niña, ¿ayuda ella a quitarse la ropa (los calcetines, el gorro, los zapatos, o los guantes)?
3. ¿Juega su niño con una muñeca o con un muñeco de peluche, abrazándolo?
4. Al mirarse en el espejo, ¿su niña se ofrece un juguete a sí misma?
5. ¿Intenta conseguir su atención o intenta enseñarle algo tirándole de la mano o de la ropa?
6. ¿Viene a pedirle ayuda su niño, como cuando necesita que alguien le dé cuerda a un juguete o que quite la tapa de un frasco?

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"/>	—

TOTAL EN SOCIO-INDIVIDUAL —

**OBSERVACIONES GENERALES**

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

1. ¿Cree Ud. que su niño/a oye bien? Si contesta "no", explique:  SI  NO

**OBSERVACIONES GENERALES** *(continuación)*

2. ¿Cree Ud. que su niño/a habla igual que los otros niños de su edad? Si contesta "no", explique:

 SI NO

3. ¿Puede Ud. entender casi todo lo que dice su niño/a? Si contesta "no", explique:

 SI NO

4. ¿Cree Ud. que su niño/a camina, corre, y trepa igual que los otros niños de su edad? Si contesta "no", explique:

 SI NO

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 niño/a? Si contesta "sí", explique:

 SI NO

**OBSERVACIONES GENERALES** (continuación)

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

 SÍ NO

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

 SÍ NO

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

 SÍ NO



# 16 Month ASQ-3 Information Summary

15 months 0 days through  
16 months 30 days

Child's name: \_\_\_\_\_ Date ASQ completed: \_\_\_\_\_  
 Child'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	16.81		●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○
Gross Motor	37.91		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○
Fine Motor	31.98		●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○
Problem Solving	30.51		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○
Personal-Social	26.43		●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○

2. **TRANSFER OVERALL RESPONSES:** Bolded uppercase responses require follow-up. See ASQ-3 User's Guide, Chapter 6.
- |  |     |           |  |            |    |
|--|-----|-----------|--|------------|----|
| 1. Hears well?<br>Comments:                                  | Yes | <b>NO</b> | 6. Concerns about vision?<br>Comments:   | <b>YES</b> | No |
| 2. Talks like other toddlers his age?<br>Comments:           | Yes | NO        | 7. Any medical problems?<br>Comments:    | YES        | No |
| 3. Understand most of what your child says?<br>Comments:     | Yes | NO        | 8. Concerns about behavior?<br>Comments: | YES        | No |
| 4. Walks, runs, and climbs like other toddlers?<br>Comments: | Yes | NO        | 9. Other concerns?<br>Comments:          | YES        | No |
| 5. Family history of hearing impairment?<br>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:

---



---



---