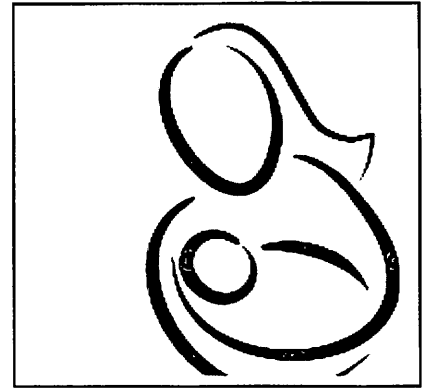


# Ages & Stages Questionnaire

1 month 0 days through 2 months 30 days

## 2 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 2 meses

1 mes 0 días  
a 2 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:

### Notas:

- 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: \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---

## COMUNICACION

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. ¿Algunas veces su bebé produce balbuceos o sonidos suaves con la garganta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
2. ¿Su bebé hace vocalizaciones o sonidos como "guuu"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
3. Cuando Ud. le habla a su bebé, ¿responde con sonidos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
4. ¿Su bebé sonríe cuando Ud. le habla?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
5. ¿Su bebé se ríe haciendo sonidos, como produciendo una suave carcajada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
6. Cuando Ud. regresa después de haberse ausentado brevemente, ¿su bebé sonríe o muestra emoción al verlo/la?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___

TOTAL EN COMUNICACION \_\_\_

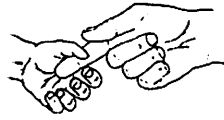
## MOTORA GRUESA

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. Cuando su bebé está acostado boca arriba, ¿mueve el cuerpo, los brazos y las piernas (arquea, retuerce el cuerpo, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
2. Cuando su bebé está acostada boca abajo, ¿gira la cabeza hacia el lado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
3. Cuando su bebé está boca abajo, ¿mantiene su cabeza levantada por algunos segundos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
4. Cuando su bebé está boca arriba, ¿mueve sus piernas como pataleando?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
5. Cuando su bebé está acostado boca arriba, ¿mueve la cabeza de un lado para otro?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
6. Después de mantener la cabeza levantada al estar boca abajo, ¿su bebé la baja lentamente al suelo, en vez de dejarla caer hacia adelante?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___

TOTAL EN MOTORA GRUESA \_\_\_

**MOTORA FINA**

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. Cuando está despierta, ¿su bebé usualmente tiene las manos cerradas? (Si antes las mantenía cerradas, pero ahora las abre, marque "sí".)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
2. Cuando Ud. toca con su dedo la palma de la mano de su bebé, ¿le agarra el dedo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
3. Cuando Ud. pone un juguete en la mano de su bebé, ¿lo sostiene por algunos instantes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
4. ¿Su bebé toca su propia cara con sus manos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
5. Cuando está despierto, ¿su bebé mantiene las manos abiertas, al menos parcialmente (en vez de tenerlas cerradas en puño, como cuando era recién nacido)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—*
6. ¿Su bebé intenta agarrar o jalar su propia ropa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—



TOTAL EN MOTORA FINA

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


**RESOLUCION DE PROBLEMAS**

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. ¿Su bebé mira objetos que están a una distancia de 8 a 10 pulgadas (18-25 centímetros)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
2. ¿Su bebé lo/la sigue con la mirada cuando Ud. se mueve alrededor de ella?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
3. Al mover lentamente un juguete pequeño de izquierda a derecha enfrente de la cara de su bebé (a unas 10 pulgadas, o 25 centímetros, de distancia), ¿lo sigue con los ojos o a veces gira la cabeza para seguirlo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
4. Al mover lentamente un juguete pequeño de arriba a abajo enfrente de la cara de su bebé (a unas 10 pulgadas, o 25 centímetros, de distancia), ¿lo sigue con los ojos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
5. Al sentar a su bebé en su regazo, ¿presta atención a un juguete (del tamaño de una taza o de una sonaja) colocado en una mesa o en el suelo enfrente de él?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
6. Cuando su bebé está acostada boca arriba y Ud. le enseña un juguete, haciéndolo oscilar, ¿alza los brazos y los mueve hacia el juguete?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—



TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS

**SOCIO-INDIVIDUAL**

	SI	A VECES	TODAVIA NO	___
1. ¿Algunas veces intenta succionar su bebé, incluso cuando no se está alimentando?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
2. Su bebé llora cuando está molesto, húmedo, o cansado o cuando desea que lo carguen en brazos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
3. ¿Su bebé le sonríe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
4. Cuando Ud. le sonríe a su bebé, ¿le responde con una sonrisa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
5. ¿Su bebé mira sus propias manos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
				
6. Cuando su bebé ve el pecho o el biberón, ¿parece saber que le van a dar de comer?	<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. ¿Los resultados de la evaluación auditiva indicaron que su bebé oye bien? Si contesta "no", explique:  SI  NO

2. ¿Su bebé mueve ambos brazos y ambas piernas igualmente bien? Si contesta "no", explique:  SI  NO

3. ¿Tiene algún familiar con historia de sordera o cualquier otro impedimento auditivo? Si contesta "sí", explique:  SI  NO

**OBSERVACIONES GENERALES** (continuación)

4. ¿Ha tenido su bebé problemas de salud? Si contesta "sí", explique:

 SI NO

5. ¿Tiene alguna preocupación sobre el comportamiento de su bebé (por ejemplo en relación al comer o al dormir)? Si contesta "sí", explique:

 SI NO

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

 SI NO



## 2 Month ASQ-3 Information Summary

1 months 0 days through  
2 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	22.77		●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○
Gross Motor	41.84		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○
Fine Motor	30.16		●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○
Problem Solving	24.62		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○
Personal-Social	33.71		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○

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

- |  |     |           |  |     |    |
|--|-----|-----------|--|-----|----|
| 1. Passed newborn hearing screening test?<br>Comments:       | Yes | <b>NO</b> | 4. Any medical problems?<br>Comments:    | YES | No |
| 2. Moves both hands and both legs equally well?<br>Comments: | Yes | <b>NO</b> | 5. Concerns about behavior?<br>Comments: | YES | No |
| 3. Family history of hearing impairment?<br>Comments:        | YES | No        | 6. Other concerns?<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:

---



---



---