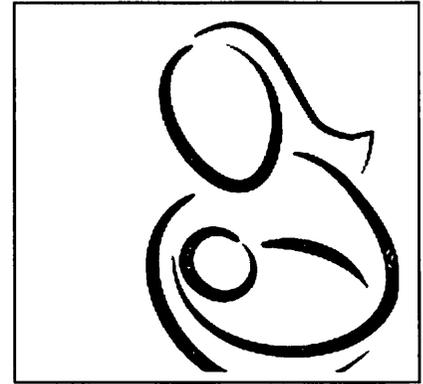


Ages & Stages Questionnaire

19 month 0 days through 20 months 30 days

20 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 20 meses

19 meses 0 días a
20 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. ¿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"/>	_____
2. ¿Dice su niño ocho o más palabras además de "mamá" y "papá"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
3. Sin enseñarle primero, ¿puede señalar con el dedo el dibujo correcto cuando Ud. le dice, "Enséñame dónde está el gatito", o le pregunta, "¿Dónde está el perro?" (Solamente tiene que identificar un dibujo correctamente.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
4. Si Ud. señala un dibujo de una pelota (gatito, vaso, gorro, etc.) y le pregunta a su niña "¿qué es?", ¿puede identificar y nombrar al menos un dibujo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
5. Sin darle pistas señalándole o usando gestos, ¿puede su niño seguir al menos tres de las siguientes instrucciones?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
<input type="radio"/> a. "Pon el juguete en la mesa". <input type="radio"/> d. "Busca tu abrigo".				
<input type="radio"/> b. "Cierra la puerta". <input type="radio"/> e. "Dame la mano".				
<input type="radio"/> c. "Tráeme una toalla". <input type="radio"/> f. "Agarra tu libro".				
6. ¿Puede decir dos o tres palabras juntas que representen ideas diferentes, como: "Veo perro", "Mamá llega casa", o "¿Se fue gatito"? (No cuente las combinaciones de palabras que expresen una sola idea como "se acabó", "está bien", y "¿qué es?") Escriba un ejemplo de una combinación de palabras que dice su niño:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

TOTAL EN COMUNICACION _____

MOTORA GRUESA

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. ¿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"/>	—
2. ¿Camina bien su niña, sin caerse a menudo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
3. ¿Su niño puede bajar las escaleras si usted lo lleva de la mano? Puede agarrarse de la pared o de la barandilla también. (Ud. puede hacer esta observación en la tienda, en el parque, o en casa.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
4. Al enseñarle cómo se da una patada a un balón, ¿intenta su niño dar la patada moviendo la pierna hacia adelante o caminando hasta tocar el balón? (Si ya sabe dar una patada al balón, marque "sí" en esta pregunta.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
				
5. ¿Su niña corre bien y sabe detenerse sin chocar con las cosas o caerse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
				
6. ¿Su niño sube o baja al menos dos escalones sin ayuda? Puede agarrarse de la pared o de la barandilla.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
				
	TOTAL EN MOTORA GRUESA			—

MOTORA FINA

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. Cuando intenta dibujar, ¿marca su niño 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"/>	—
				
2. ¿Puede su niña poner tres cubitos o juguetes pequeños uno sobre otro sin ayuda? (También puede usar carretes de hilo, cajitas, o juguetes que midan aproximadamente 1 pulgada, o 3 centímetros.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
3. ¿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"/>	—
4. Normalmente, ¿puede su niño meterse la cuchara en la boca sin que se le caiga la comida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
5. ¿Puede su niña poner seis cubitos o juguetes pequeños uno sobre otro sin ayuda?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—

MOTORA FINA *(continuación)*

6. ¿Rota (gira) la mano su niño al intentar abrir una puerta, darle cuerda a un juguete, jugar con un trompo, o poner y quitar una tapa de un frasco?

SI	A VECES	TODAVIA NO	___
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___

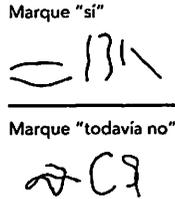
TOTAL EN MOTORA FINA ___

RESOLUCION DE PROBLEMAS

1. Sin enseñarle cómo hacerlo, ¿traza su niña garabatos o rayas cuando Ud. le da una crayola (o un lápiz o una pluma)?

SI	A VECES	TODAVIA NO	___
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___

2. Después de observarlo a Ud. dibujar una línea de arriba a abajo usando una crayola (o pluma o lápiz), ¿su niño intenta dibujar una línea recta en cualquier dirección en la hoja de papel? (Marque "todavía no" si su niño hace rayas o garabatos de un lado para otro.)



<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----

3. Si Ud. hace algunos de los siguientes gestos, ¿su niña intenta imitar al menos uno de ellos?

- a. Abrir y cerrar la boca.
- b. Abrir y cerrar los ojos.
- c. Jalarse la oreja.
- d. Tocarse la mejilla.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----

4. Si Ud. le da una botella, una cuchara, o un lápiz al revés, ¿intenta darle la vuelta para usarlo correctamente?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----

5. Mientras su niña lo/la observa, ponga cuatro objetos, como unos cubos o unos carritos, en línea recta. ¿Lo/la intenta imitar poniendo al menos dos objetos en línea recta? (También puede usar carretes de hilo, unas cajitas, u otros juguetes.)



<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----

6. Si quiere algo que no alcanza, ¿busca su niño 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" en la cocina)?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----

TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS ___

SOCIO-INDIVIDUAL

- 1. ¿Come con cuchara su niña sin la ayuda de Ud., aunque se le caiga algo de comida?
- 2. ¿Intenta conseguir su atención o intenta enseñarle algo tirándole de la mano o de la ropa?
- 3. ¿Sabe su niño beber de un vaso y bajarlo nuevamente sin que se le caiga mucho del contenido?
- 4. ¿Lo/la imita a Ud. su niña, haciendo las mismas actividades que Ud. hace, por ejemplo limpiar algo que se le ha caído, pasar la aspiradora, afeitarse, o peinarse?

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"/>	___

SOCIO-INDIVIDUAL (continuación)

- | | SI | A VECES | TODAVIA NO | — |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| 5. Al jugar con un animalito de peluche o con una muñeca, ¿lo mece, le da de comer, le cambia los pañales, lo acuesta, etc.? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 6. ¿Come con un tenedor? | <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

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

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 niño/a? Si contesta "sí",
explique:

 SI NO

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

 SI NO

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

 SI NO

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

 SI NO



20 Month ASQ-3 Information Summary

19 months 0 days through
20 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	20.50		●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○
Gross Motor	39.89		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○
Fine Motor	36.05		●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○
Problem Solving	28.84		●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○
Personal-Social	33.36		●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○

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

- | | | | | | |
|--|-----|-----------|--|-----|----|
| 1. Hears well?
Comments: | Yes | NO | 6. Concerns about vision?
Comments: | YES | No |
| 2. Talks like other toddlers his age?
Comments: | Yes | NO | 7. Any medical problems?
Comments: | YES | No |
| 3. Understand most of what your child says?
Comments: | Yes | NO | 8. Concerns about behavior?
Comments: | YES | No |
| 4. Walks, runs, and climbs like other toddlers?
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:
