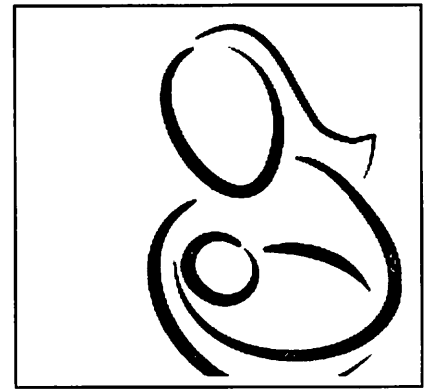


# Ages & Stages Questionnaire

25 month 16 days through 28 months 15 days

## 27 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 27 meses

25 meses 16 días a  
28 meses 15 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. 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".				
2. 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"/>	_____
3. Al pedirle a su niño que señale la nariz, los ojos, el pelo, los pies, las orejas, etc., ¿puede señalar al menos siete partes del cuerpo? (Las puede señalar en su propio cuerpo, en el de Ud. o en una muñeca. Marque "a veces" si señala correctamente al menos tres partes del cuerpo.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
4. ¿Puede usar correctamente al menos dos palabras como "mi", "yo", "mía", o "tú"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
5. ¿Forma su niña oraciones de tres o cuatro palabras? Favor de escribir un ejemplo:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

**COMUNICACION** (continuación)

6. Sin darle pistas ni señas, ni hacer gestos, dígame a su niño: "Pon el zapato encima de la mesa y pon el libro debajo de la silla". ¿Puede seguir las dos instrucciones correctamente?

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

TOTAL EN COMUNICACION —

**MOTORA GRUESA**

1. ¿Su niño sube o baja al menos dos escalones sin ayuda? Puede agarrarse de la pared o de la barandilla. (Ud. puede hacer esta observación en la tienda, en el parque, o en casa.)



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

2. ¿Su niña corre bien y sabe detenerse sin chocar con las cosas o caerse?



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

3. ¿Puede saltar su niño, levantando ambos pies del suelo a la vez?



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

4. Sin apoyarse en ningún objeto, ¿sabe su niño dar una patada a un balón moviendo la pierna hacia atrás y luego hacia adelante?



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

5. ¿Puede saltar hacia adelante al menos 3 pulgadas (7 centímetros) levantando ambos pies del suelo al mismo tiempo?



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

6. ¿Sube las escaleras su niño poniendo sólo un pie en cada escalón? (El pie izquierdo en un escalón y el derecho en el siguiente.) Puede agarrarse de la barandilla o de la pared.\*


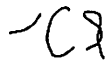

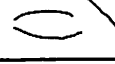



<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—*
-----------------------	-----------------------	-----------------------	----

TOTAL EN MOTORA GRUESA —

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

### MOTORA FINA

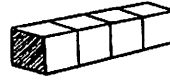
	SI	A VECES	TODAVIA NO	___
1. ¿Rota (gira) la mano su niño al intentar abrir una puerta, darle cuerda a un juguete, jugar con un trompo, o poner y quitar una tapa de un frasco?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
2. ¿Su niña prende y apaga interruptores (como el de la luz)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
3. Después de observarlo/la a Ud. dibujar una línea de arriba abajo en una hoja de papel con un lápiz, una crayola, o una pluma, pídale a su niño que haga una línea como la suya. No lo deje dibujar encima de la suya ni usar papel transparente. ¿Su niño dibuja una línea vertical, copiando lo que Ud. hizo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
	<div style="text-align: center;">                     Marque "si"    <hr style="width: 100px; margin: 0 auto;"/>                     Marque "todavía no"   </div>			
4. ¿Puede su niña poner siete cubitos o juguetes 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"/>	___
5. ¿Sabe meter un cordón (o agujeta) por el agujero de objetos pequeños como cuentas de madera, sopa de macarrones o de rueditas, o por los agujeros de los zapatos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
				
6. Después de observarlo/la a Ud. dibujar una línea de un lado al otro de la hoja de papel, pídale a su niño que haga una línea como la suya. No lo deje dibujar encima de la suya ni usar papel transparente. ¿Su niño dibuja una línea horizontal, copiando lo que Ud. hizo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
	<div style="text-align: center;">                     Marque "si"    <hr style="width: 100px; margin: 0 auto;"/>                     Marque "todavía no"   </div>			
<b>TOTAL EN MOTORA FINA</b>				___

### RESOLUCION DE PROBLEMAS

	SI	A VECES	TODAVIA NO	___
1. ¿Su niña juega con objetos imaginándose que son otras cosas? Por ejemplo, ¿se pone un vaso junto a la oreja jugando como si fuera un teléfono? ¿Se pone una caja en la cabeza como si fuera un gorro? ¿Usa un cubito u otro juguete pequeño para revolver la comida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
2. ¿Guarda su niño las cosas en el sitio apropiado? Por ejemplo, ¿sabe que sus juguetes deben estar en el estante, que su cobija se pone en la cama, y que los platos se ponen en la cocina?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
3. Mientras su niña se mira en un espejo, pregúntele: "¿Dónde está _____?" (Diga el nombre de su niña.) ¿Se señala en el espejo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
4. 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"/>	___

**RESOLUCION DE PROBLEMAS** (continuación)

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



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

6. Al señalarle esta figura y preguntarle a su niña, "¿Qué es?", ¿dice una palabra que se refiera a una persona o a un ser que se parezca a una persona? (Marque "sí" si da una respuesta como "muñeco de nieve", "niño", "señor", "niña", "papá", "astronauta", o "mono".) Escriba la respuesta de su niña a continuación:



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

TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS \_\_\_

**SOCIO-INDIVIDUAL**

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

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> a. Abrir y cerrar la boca.  | <input type="radio"/> c. Jalarse la oreja.   |
| <input type="radio"/> b. Abrir y cerrar los ojos. | <input type="radio"/> d. Tocarse la mejilla. |

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

2. ¿Come con un tenedor?

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

3. 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"/>	___
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----

4. ¿Su niña empuja un carrito con ruedas, un cochecito de bebé, u otro juguete con ruedas, evitando chocar con las cosas y saliéndose en reversa de un rincón si no puede girar?

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

5. ¿Su niño se refiere a sí mismo diciendo "yo" más que su propio nombre? Por ejemplo, suele decir "yo lo hago" en lugar de "Juan lo hace".

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

6. ¿Su niña se pone el abrigo, su chaqueta, o su camisa sin ayuda?

<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

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

**OBSERVACIONES GENERALES** (continuación)

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



# 27 Month ASQ-3 Information Summary

25 months 16 days through  
28 months 15 days

Child's name: \_\_\_\_\_ Date ASQ completed: \_\_\_\_\_

Child's ID #: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_

Administering program/provider: \_\_\_\_\_

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	24.02		●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○
Gross Motor	28.01		●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○
Fine Motor	18.42		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○
Problem Solving	27.62		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○
Personal-Social	25.31		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○

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        | <b>NO</b> | 7. Any medical problems?<br>Comments:    | <b>YES</b> | No |
| 3. Understand most of what your child says?<br>Comments:     | Yes        | <b>NO</b> | 8. Concerns about behavior?<br>Comments: | <b>YES</b> | No |
| 4. Walks, runs, and climbs like other toddlers?<br>Comments: | Yes        | <b>NO</b> | 9. Other concerns?<br>Comments:          | <b>YES</b> | No |
| 5. Family history of hearing impairment?<br>Comments:        | <b>YES</b> | 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:

---



---



---