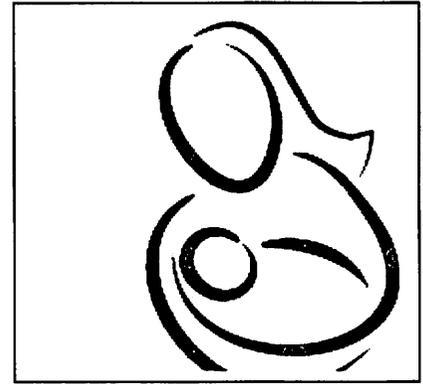


Ages & Stages Questionnaire

31 months 16 days through 34 months 15 days

33 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 33 meses

31 meses 16 días
a 34 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:

COMUNICACION

- | | SI | A VECES | TODAVIA NO | _____ |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| 1. 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"/> | _____ |
| 2. ¿Forma su niña oraciones de tres o cuatro palabras? Favor de escribir un ejemplo: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| | | | | |
| 3. Sin darle pistas ni señas, ni hacer gestos, dígame a su niño: "Pon el libro encima de la mesa y pon el zapato debajo de la silla". ¿Puede seguir las dos instrucciones correctamente? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 4. Al mirar un libro de ilustraciones, ¿puede su niña decirle lo que pasa en la ilustración o nombrar la actividad que se muestra (por ejemplo, "ladra", "come", "corre", "llora")? Ud. puede preguntarle, "¿Qué hace el perro (o el niño)?" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 5. Enséñele a su niño como el cierre (cremallera) de un abrigo sube y baja y dígame: "Mira, esto sube y baja". Suba el cierre hasta la mitad y pídale que lo baje. Suba el cierre hasta la mitad otra vez y pídale que lo suba. Repita esto varias veces antes de pedirle que lo haga solo. ¿Siempre sube el cierre cuando Ud. le dice "súbelo" y siempre lo baja al decirle "bájalo"? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 6. Al preguntarle a su niña, "¿Cómo te llamas?" ¿responde ya sea con su nombre o con su apodo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |

TOTAL EN COMUNICACION _____

MOTORA GRUESA

		SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. ¿Su niña corre bien y sabe detenerse sin chocar con las cosas o caerse?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
2. 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"/>	—
3. ¿Puede saltar su niño, levantando ambos pies del suelo a la vez?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
4. ¿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. (Ud. puede hacer esta observación en lugares como una tienda, el parque, o en casa.)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
5. ¿Puede pararse su niña en un solo pie por aproximadamente 1 segundo sin agarrarse de nada?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
6. Al estar de pie, ¿su niño lanza una pelota hacia adelante, levantando el brazo a la altura del hombro? (Marque "todavía no" si la deja caer o si la tira desde la altura de la cintura.)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
TOTAL EN MOTORA GRUESA					—

MOTORA FINA

		SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. 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?	<p>Marque "sí"</p>  <p>Marque "todavía no"</p> 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—

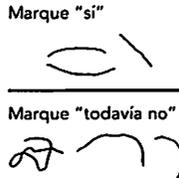
MOTORA FINA (continuación)

2. ¿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?



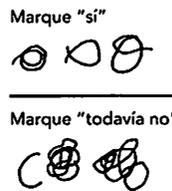
SI	A VECES	TODAVIA NO	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>

3. Después de observarlo/la a Ud. dibujar una línea de un lado al otro de la hoja de papel, pídale a su niña que haga una línea como la suya. No la deje dibujar encima de la suya ni usar papel transparente. ¿Su niña dibuja una línea horizontal, copiando lo que Ud. hizo?



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

4. Después de observarlo/la a Ud. dibujar un círculo, pídale a su niño que dibuje un círculo como el suyo. No lo deje dibujar encima del suyo ni usar papel transparente. ¿Su niño dibuja un círculo, copiando lo que Ud. hizo?



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

5. ¿Sabe darle la vuelta a las hojas de un libro una por una?

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

6. ¿Su niño intenta cortar papel con tijeras para niños? No es necesario que llegue a cortar el papel, pero sí debe saber abrir y cerrar las tijeras mientras que agarra el papel con la otra mano. (Ud. puede enseñarle cómo se usan las tijeras. Asegúrese de supervisar a su niño cuando esté usando las tijeras para que no se vaya a cortar.)



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

TOTAL EN MOTORA FINA

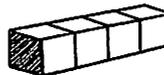
RESOLUCION DE PROBLEMAS

1. Mientras su niña se mira en un espejo, pregúntele: "¿Dónde está _____?" (Diga el nombre de su niña.) ¿Se señala en el espejo?



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

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



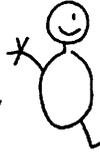
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	--------------------------

3. Si quiere algo que no alcanza, ¿busca su niña 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" a Ud. en la cocina.)

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

RESOLUCION DE PROBLEMAS (continuación)

4. Al señalarle esta figura y preguntarle a su niño, "¿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 niño a continuación:



5. Si Ud. le dice a su niña, "Di 'siete tres'", ¿repite únicamente los dos números en el mismo orden? Ud. no debe repetir los números. Si es necesario, intente otro par de números, por ejemplo, "Di 'ocho dos'". (Su niña sólo tiene que repetir una serie de dos números para que Ud. pueda marcar "sí" en esta pregunta.)
6. Después de hacer un dibujo o trazar un garabato, ¿le dice su niño lo que acaba de dibujar? (Ud. le puede decir, "Cuéntame algo sobre tu dibujo" o "¿Qué dibujaste?")

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 —

SOCIO-INDIVIDUAL

1. A la hora de comer, ¿su niña se mete la cuchara en la boca sin que se le caiga mucha comida?
2. ¿Su niño 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?
3. ¿Su niña se pone el abrigo, su chaqueta, o su camisa sin ayuda?
4. Si Ud. le ayuda a ponerse los pantalones, metiendo sus pies primero, ¿su niño se los sube hasta la cintura?
5. Si Ud. le pregunta a su niña, "¿Quién está ahí?" cuando se ve en el espejo, ¿contesta "yo" o dice su nombre?
6. Háglele la siguiente pregunta a su niño empleando estas palabras exactas: "¿Eres una niña o un niño?" ¿Sabe responder correctamente?

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

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. ¿Otras personas pueden entender la mayor parte de lo que dice su niño/a? Si contesta "no", explique: SI NO

5. ¿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)

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

 SI NO

7. ¿Tiene Ud. alguna preocupación sobre la visión de su niño/a? Si contesta "sí", explique:

 SI NO

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

 SI NO

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

 SI NO

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

 SI NO



33 Month ASQ-3 Information Summary

31 months 16 days through
34 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	25.36		●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○
Gross Motor	34.80		●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○
Fine Motor	12.28		●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○
Problem Solving	26.92		●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○
Personal-Social	28.96		●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○

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. Family history of hearing impairment?
Comments: | YES | No |
| 2. Talks like other toddlers his age?
Comments: | Yes | NO | 7. Concerns about vision?
Comments: | YES | No |
| 3. Understand most of what your child says?
Comments: | Yes | NO | 8. Any medical problems?
Comments: | YES | No |
| 4. Others understand most of what your child says?
Comments: | Yes | NO | 9. Concerns about behavior?
Comments: | YES | No |
| 5. Walks, runs, and climbs like other toddlers?
Comments: | Yes | NO | 10. Other concerns?
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:
