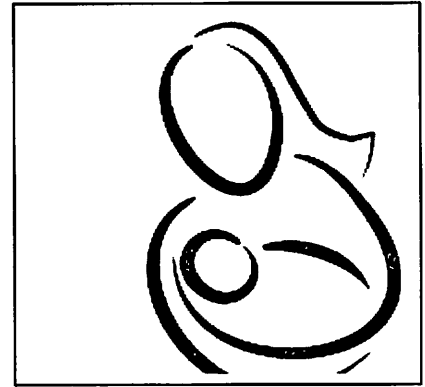


Ages & Stages Questionnaire

7 month 0 days through 8 months 30 days

8 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: _____



Questionario de 8 meses

7 meses 0 días
a 8 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:

- 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: _____

Notas:

COMUNICACION

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. Si Ud. llama a su bebé cuando ella no lo/la puede ver, ¿voltea la cabeza en la dirección de su voz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
2. Cuando escucha un ruido fuerte, ¿su bebé voltea a ver de dónde viene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
3. Si Ud. imita los sonidos que hace su bebé, ¿ella los repite?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
4. ¿Hace su bebé sonidos como "da", "ga", "ka", y "ba"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
5. ¿Responde su bebé a los diferentes tonos de su voz y deja de hacer la actividad que lo tiene entretenido, al menos por un momento, cuando Ud. le dice "no-no"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
6. ¿Puede hacer dos sonidos similares como "ba-ba", "da-da", o "ga-ga"? (No es necesario que los sonidos tengan significado.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
TOTAL EN COMUNICACION				___




MOTORA GRUESA

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. Cuando Ud. sienta a su bebé en el suelo, ¿ella usa las manos para apoyarse? (Si su bebé ya puede sentarse sin apoyarse con las manos, marque "sí" en esta pregunta.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
2. Cuando está acostado boca arriba, ¿su bebé puede darse la vuelta para estar boca abajo, sacando los brazos hacia los lados del cuerpo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
3. ¿Puede su bebé ponerse en la postura para gatear apoyándose en las manos y en las rodillas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___




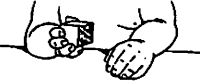



MOTORA GRUESA

(continuación)

		SI	A VECES	TODAVIA NO	
4. Si Ud. agarra las manos de su bebé para ayudarle a mantener el equilibrio, ¿él puede sostener su propio peso mientras está de pie?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
5. Al estar sentado en el suelo, ¿su bebé puede sentarse derecho por varios minutos sin usar las manos para apoyarse?*		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___*
6. Al ponerlo de pie cerca de los muebles de la casa o de la cuna, ¿su bebé puede agarrarse a los muebles sin que se apoye también con el pecho?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
TOTAL EN MOTORA GRUESA					___
<small>*Si marcó "sí" o "a veces" en la pregunta 5, marque "sí" en la pregunta 1.</small>					

MOTORA FINA

		SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. ¿Extiende la mano para tomar una migaja de pan o un Cheerio (cereal de desayuno) y/o lo toca con el dedo o la mano? (Si su bebé ya puede agarrar un objeto pequeño, marque "sí" en esta pregunta.)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
2. ¿Puede agarrar un juguete pequeño y tenerlo en la palma de la mano, sujetándolo con los dedos?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
3. ¿Intenta agarrar una migaja de pan o un Cheerio (cereal de desayuno) usando el dedo pulgar y todos los demás dedos, haciendo un movimiento como de rastrillo, incluso si no puede agarrarlo? (Si ya puede agarrar una migaja o un Cheerio de esta manera, marque "sí" en esta pregunta.)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
4. ¿Agarra un juguete pequeño con una sola mano?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
5. ¿Su bebé logra agarrar una migaja de pan o un Cheerio (cereal de desayuno) usando el dedo pulgar y todos los demás dedos, haciendo un movimiento como de rastrillo? (Si ya puede agarrar una migaja o un Cheerio, marque "sí" en esta pregunta.)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___

MOTORA FINA (continuación)

6. ¿Puede agarrar un juguete pequeño con las yemas del pulgar y de los demás dedos? (Debe haber un espacio entre el juguete y la palma de la mano.)*



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

TOTAL EN MOTORA FINA

*Si marcó "si" o "a veces" en la pregunta 6, marque "si" en la pregunta 2.

RESOLUCION DE PROBLEMAS

1. ¿Su bebé agarra un juguete y se lo mete en la boca?



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

2. Al estar boca arriba, ¿su bebé intenta agarrar un juguete que se le cayó si lo puede ver?

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

3. ¿Juega golpeando un juguete contra el suelo o contra la mesa?



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

4. ¿Se pasa un juguete de una mano a la otra?



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

5. ¿Recoge su bebé dos juguetes pequeños, tomando uno en cada mano, y los sujeta por aproximadamente un minuto?



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




6. Al tener un juguete en la mano, ¿lo golpea contra otro que está en la mesa?



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

TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS ___

SOCIO-INDIVIDUAL

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. Al estar boca arriba, ¿intenta jugar agarrándose el pie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
				
2. Al estar delante de un espejo grande, ¿intenta tocar el espejo con las manos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
				
3. ¿Intenta agarrar un juguete que no puede alcanzar? (Puede que intente darse la vuelta, girar el tronco estando boca abajo, o gatear para agarrarlo.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
4. Al estar boca arriba, ¿su bebé intenta meterse el pie en la boca?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
				
5. ¿Su bebé puede beber agua, jugo, o leche de fórmula de una taza si Ud. se la sostiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
6. ¿Puede su bebé comer una galleta 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. ¿Usa su bebé ambas manos y ambas piernas igualmente bien? Si contesta "no", explique: SI NO

2. Al ponerlo/la de pie, ¿su bebé pone los pies completamente planos sobre el suelo la mayoría de la veces? Si contesta "no", explique: SI NO

OBSERVACIONES GENERALES (continuación)

3. ¿Le preocupa que su bebé sea muy callado/a o que no haga sonidos como otros bebés? Si contesta "sí", explique: SI NO

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

5. ¿Tiene Ud. alguna preocupación sobre la visión de su bebé? Si contesta "sí", explique: SI NO

6. ¿Ha tenido su bebé algún problema de salud en los últimos meses? Si contesta "sí", explique: SI NO

7. ¿Tiene alguna preocupación sobre el comportamiento de su bebé? Si contesta "sí", explique: SI NO

8. ¿Le preocupa algún aspecto del desarrollo de su bebé? Si contesta "sí", explique: SI NO



8 Month ASQ-3 Information Summary

7 months 0 days through
8 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	33.06		●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○
Gross Motor	30.61		●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○
Fine Motor	40.15		●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○
Problem Solving	36.17		●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○
Personal-Social	35.84		●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○

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

- | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------|------------|-----------|------------------------------------------|------------|----|
| 1. Uses both hands and both legs equally well?
Comments: | Yes | NO | 5. Concerns about vision?
Comments: | YES | No |
| 2. Feet are flat on the surface most of the time?
Comments: | Yes | NO | 6. Any medical problems?
Comments: | YES | No |
| 3. Concerns about not making sounds?
Comments: | YES | No | 7. Concerns about behavior?
Comments: | YES | No |
| 4. Family history of hearing impairment?
Comments: | YES | No | 8. 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:
