



Ages & Stages Questionnaires®

Formulario para la reunión con los padres

Nombre del niño/a: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Fecha en que se completó el cuestionario ASQ: _____
 Edad del niño/a cuando se llevó a cabo la evaluación (meses/días): _____

¿Cuál cuestionario ASQ fue empleado?: _____
 Fecha de la reunión: _____
 Nombre del padre/de la madre o de otro(s) proveedor(es) de cuidado infantil: _____
 Nombre de la persona a cargo de la reunión: _____
 Nombre(s) de otros participantes en la reunión: _____

OBJETIVOS DE LA REUNION: La meta de esta reunión es compartir con Ud. los resultados de la evaluación ASQ y ofrecerle la oportunidad de charlar con nosotros sobre el desarrollo de su niño/a. Si Ud. tiene en mente metas adicionales, por favor no dude en comunicárnoslas.

PUNTOS FUERTES DE SU NIÑO/A: Conversaremos sobre las áreas de desarrollo identificadas por el ASQ en las que su niño/a está mostrando crecimiento positivo, y también hablaremos sobre cualquier impresión sobre su niño/a que quiera compartir Ud. u otro miembro del equipo profesional.

AREAS CON MOTIVO DE PREOCUPACION: Conversaremos sobre cualquier área de desarrollo identificada por el ASQ que pueda ser motivo de preocupación, incluyendo sus respuestas a la sección titulada *Observaciones generales* y cualquier otra duda o inquietud que tenga Ud. u otro miembro del equipo profesional.

PASOS DE SEGUIMIENTO: Hablaremos de los próximos pasos a seguir (marcados abajo) que sugerimos que tome, basándonos en los resultados del ASQ de su niño/a.

- _____ Utilice las actividades del desarrollo que le proporcionamos y anticipe recibir otro cuestionario ASQ en _____ meses.
- _____ Compartiremos los resultados del ASQ de su niño/a con su médico familiar (primary health care provider).
- _____ Recomendamos que su niño/a sea referido/a para (marque todos los que apliquen) una evaluación auditiva, una evaluación de la vista, y/o de comportamiento.
- _____ Recomendamos que su niño/a sea referido/a a su médico familiar (primary health care provider) o a una agencia de servicios sociales por la siguiente razón: _____.
- _____ Recomendamos que su niño/a sea referido/a a un programa de intervención temprana o de educación especial para niños preescolares para hacer una evaluación adicional.
- _____ No es necesario tomar pasos adicionales de seguimiento en este momento.
- _____ Recomendación adicional: _____

NOTAS: