



# 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:**