

Help Me Grow

If you have questions about the ASQ Child Monitoring program, call Help Me Grow at the Child Development Infoline 1-800-505-7000.

This is a confidential, free service of Help Me Grow, a program of The Children's Trust Fund.

Si usted tiene alguna pregunta acerca del Programa de Seguimiento de Niños ASQ, llame a la Infoline del Desarrollo de Niños al 1-800-505-7000

Esto es un servicio confidencial y gratuito de Ayúdame a Crecer, un programa del Fondo de Fideicomiso de Niños.



Children's Trust Fund

An agency of the State of Connecticut



Child Development Infoline
1344 Silas Deane Highway
Rocky Hill, CT 06067

Help Me Grow

Ages and Stages (ASQ) Child Monitoring Program

Parent Information and Consent

Edades y Etapas Programa de Seguimiento de Niños ASQ

Información y Consentimiento para Padres

Every parent wants their child to be healthy and develop new skills as expected for their age. The Ages and Stages Child Monitoring Program (ASQ), offered by Help Me Grow, can help reduce any worries you might have about your child's development.

We will mail you a questionnaire every few months up until your child's fifth birthday. You will answer questions about some things your child can and cannot do, then mail the questionnaire back to the Child Development Infoline, a Help Me Grow partner. We will contact you after every questionnaire you send in to give you information about your child's development.

Cada padre quiere que sus hijos sean sanos y desarrollen nuevas habilidades de acuerdo a sus edades. El Programa de Seguimiento Edades y Etapas (ASQ), ofrecido por Ayúdame a Crecer, puede ayudar a reducir cualesquier preocupaciones que usted pueda tener respecto al desarrollo de su niño.

Le mandaremos a usted un cuestionario cada pocos meses hasta que su niño cumpla cinco años. Usted responderá a preguntas sobre algunas cosas que su niño sí puede y no puede hacer, y luego mandará el cuestionario a vuelta de correo a la Infoline del Desarrollo de Niños, un socio de Ayúdame a Crecer. Nos comunicaremos con usted después de que nos envíe cada cuestionario para darle información acerca del desarrollo de su hijo.

Ages and Stages (ASQ) Child-Monitoring Program

ASQ questionnaires are available for 4, 8, 12, 16, 20, 24, 27, 30, 33, 36, 42, 48, 54 and 60 months of age. Participation in this program is entirely voluntary and offered at no cost to you.

If the completed questionnaire shows that your infant, toddler, or preschooler is developing on schedule, we will send you a letter telling you so and enclose some fun activities for you and your child to enjoy. We will mail the next age level questionnaire to you at the appropriate time.

If the completed questionnaire leads to a concern about your child's development, we will contact you directly. You may choose at that time to have your child's development evaluated:

- by the Connecticut Birth to Three System, if your child is under age three years, or
- by your local school district, if your child is between three and five years old.

If so, we can help you with this process.

Edades y Etapas Programa de Seguimiento de Niños ASQ

Los cuestionarios son disponible a los 4, 8, 12, 16, 20, 24, 27, 30, 33, 36, 42, 48, 54 y 60 meses de edad. La participación en este programa es enteramente voluntaria y se ofrece gratuitamente.

Si el cuestionario completo demuestra que su infante, niño pequeño, o preescolar se está desarrollando normalmente, le enviaremos una carta diciéndole esto e incluiremos algunas actividades divertidas para que usted y su hijo(a) las disfruten. Le enviaremos por correo el siguiente cuestionario del nivel de edad en el momento apropiado.

Si el cuestionario completo nos lleva a una duda acerca del desarrollo de su hijo(a), nos comunicaremos con usted directamente. Usted puede elegir en ese momento que el desarrollo de su niño sea evaluado:

- por el Connecticut Birth to Three System (el Sistema para Infantes a Tres Años de Connecticut), si su niño es menor de tres años, o
- por su distrito escolar local, si su niño tiene de tres a cinco años de edad.

Si es así, podremos ayudarlo con este proceso.

Here are some examples from the ASQ:

- 4 months:** Does your baby make high-pitched squeals?
- 8 months:** Does your baby get into a crawling position by getting up on her hands and knees?
- 16 months:** Does your child feed himself with a spoon, even though he may spill some food?
- 20 months:** If you give your child a bottle, spoon or pencil, does he or she turn it right side up so that it may be used properly?
- 30 months:** Does your child turn pages in a book, one page at a time?

Estos son algunos ejemplos de las preguntas que encontrará en el ASQ:

- 4 meses:** ¿Produce su bebé chillidos agudos?
- 8 meses:** ¿Se coloca su bebé en posición de gatear apoyándose sobre las manos y las rodillas?
- 16 meses:** ¿Sabe su hijo cómo comer solo con una cuchara, aunque tire algo de la comida?
- 20 meses:** ¿Si le da a su hijo un biberón, una cuchara o un lápiz, es capaz de darle la vuelta hasta ponerlo en la posición correcta para usarlo?
- 30 meses:** ¿Puede su hijo darle la vuelta a las páginas de un libro, una a la vez?

ASQ Child Monitoring Program Consent Form

Please use this easy postcard, or if you prefer, place it in an envelope with first class postage.

YES, I would like my child to participate in the ASQ Child Monitoring Program (English questionnaires).

ASQ Formulario de Consentimiento del Programa de Seguimiento de Niños

Por favor utilice esta fácil tarjeta postal, o si lo prefiere colóquela en un sobre con un estampilla de primera clase.

Sí, deseo que mi hijo participe en el programa de seguimiento del niños ASQ (cuestionarios en español).

Child's Name/Nombre del niño

Phone/Teléfono

Date of Birth/Fecha de nacimiento

Gestational Age/Edad gestacional del niño

Parent or Guardian name/Nombre del padre o guardián

Address/Dirección

Town/Ciudad

Zip/Código postal

Optional/opcional: Please also send my child's ASQ monitoring results to his/her primary care physician listed below.

Por favor también envíe los resultados de monitoreo de ASQ al proveedor de cuidados médicos de mi hijo(a) listado a continuación.

Physician's Name/Nombre del médico

Address/Dirección

Town/Ciudad

Zip/Código postal

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE/FIRMA DEL PADRE O GUARDIAN

Date/Fecha

How did you get this brochure? ¿Cómo recibió usted este folleto?