

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL PRUEBA EDI 2ª ed. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

Nombre del niño (a) _____
Sexo _____ Edad gestacional _____ Talla _____
Peso al nacer _____ Peso actual _____ Hb _____
Escolarizado (SI) (NO) Duración de lactancia materna _____
Nombre del evaluador _____

Nombre de la mamá _____
Edad _____ Escolaridad (Años) _____ Ocupación _____
Programa: Prospera() Seguro Popular() Otro() Ninguno()
Población: Urbana() Rural() Indígena()
Unidad de salud: _____

CÁLCULO DE EDAD Y PUNTO DE INICIO			
Fecha	Año	Mes	Día
Evaluación			
Nacimiento			
Edad Cronológica			
Edad en meses y días	Años=12 + meses		
Ajuste por prematuridad $40 - () = () \times 7 =$	Menor a 24 meses		
Edad corregida en meses y días			

CALIFICACIÓN POR EJE	Resultado por reactivo		Total
Área del desarrollo: Motriz gruesa			
Área del desarrollo: Motriz fina			
Área del desarrollo: Lenguaje			
Área del desarrollo: Social			
Exploración Neurológica			

En este caso el resultado será en cifras: **FRB** _____ **ALE** _____

Rango de edad	Clasificación EDI
1 mes a 1 mes 29 días	GRUPO 1
2 meses a 2 meses 29 días	GRUPO 2
3 meses a 3 meses 29 días	GRUPO 3
4 meses a 4 meses 29 días	GRUPO 4
5 meses a 6 meses 29 días	GRUPO 5
7 meses a 9 meses 29 días	GRUPO 6
10 meses a 12 meses 29 días	GRUPO 7
13 meses a 15 meses 29 días	GRUPO 8
16 meses a 18 meses 29 días	GRUPO 9
19 meses a 24 meses 29 días	GRUPO 10
25 meses a 30 meses 29 días	GRUPO 11
31 meses a 36 meses 29 días	GRUPO 12
37 meses a 48 meses 29 días	GRUPO 13
49 meses a 59 meses 29 días	GRUPO 14

Criterios de Calificación para la Clasificación y Referencia Tabla A (Grupo 1)		
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN	CLASIFICACIÓN	REFERENCIA CORRESPONDIENTE
1 o más áreas del desarrollo en rojo o, 1 o más reactivos de la EN en rojo.	 Riesgo de Retraso en el Desarrollo	a) Referir a pediatría para valoración específica. b) Ingresar al Programa de Estimulación Temprana. c) Aplicación de la Prueba EDI 3 meses después.
2 o más ALE en amarillo o, 2 o más FRB en amarillo o, 1 o más ALE en amarillo con 1 o más FRB en amarillo.	 Rezago en el Desarrollo	a) Ingresar al Programa de Estimulación Temprana. b) Aplicación de la Prueba EDI 3 meses después. c) Si el niño es calificado en amarillo en dos ocasiones consecutivas se clasificará como ROJO.*
- Todos los FRB, ALE, áreas del desarrollo y EN en verde o, 1 FRB o, 1 ALE presente.	 Desarrollo Normal	a) Seguir indicaciones para la Promoción y Vigilancia del Desarrollo Infantil.

* El niño deberá continuar en el Programa de Estimulación Temprana establecido hasta obtener los resultados de pediatría.

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO		SI	NO
1.	Asistencia a dos o menos consultas prenatales.	SI	NO
2.	Presencia de sangrados, infecciones de vías urinarias o cervicovaginitis, presión alta y enfermedades sistémicas durante el embarazo.	SI	NO
3.	Gestación menor a 34 semanas.	SI	NO
4.	Peso del niño al nacer igual o menor a 1500 g.	SI	NO
5.	Retardo en la respiración o circular de cordón durante el parto.	SI	NO
6.	Hospitalización del niño en la UCIN o antes del mes de vida con una duración de 4 días o más.	SI	NO
7.	Madre menor a 16 años al momento del parto.	SI	NO

Recomendaciones:

Materiales: Sonaja, estímulo visual, cinta cefálica y tabla de perímetro cefálico.

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN PARA ÁREAS DEL DESARROLLO:

Dos respuestas acreditadas: Verde

Una o ninguna respuesta acreditada: Rojo

EJE		R	A	V
POSICIÓN SUPINA				
ALE1.4	¿Considera que el desarrollo de su niño es inadecuado?		SI	NO
ALE1.3	¿Su hijo tiene problemas para comer: se atraganta, se pone morado o presenta problemas para succionar?		SI	NO
MG1.2	Cuando lo desviste, pateo y mueve los brazos	NO		SI
EN1.1	Presenta alteración en la movilidad de alguna parte del cuerpo	SI		NO
MF1.1	Mantiene las manos cerradas la mayor parte del tiempo	NO		SI
LE1.2	Hace algún ruido con la boca, llora cuando está incómodo o quiere comer	NO		SI
LE1.1	Se tranquiliza cuando escucha su voz	NO		SI
SO1.1	Cuando llora, se tranquiliza al hablarle o levantarlo	NO		SI
SO1.2	Cuando está frente al bebé, sigue con la mirada sus movimientos	NO		SI
MF1.2	Cuando le da en la mano una sonaja, la retiene al menos durante 3 segundos	NO		SI
EN1.2	Presenta alteración o asimetría en la movilidad de los ojos o expresión facial	SI		NO
EN1.3	Presenta perímetro cefálico por arriba o debajo de 2 desviaciones estándar para su edad	SI		NO
ALE1.1	Al evaluar el tono muscular , lo siente totalmente flácido o presenta rigidez en sus extremidades		SI	NO
	• Rotación lateral de la cabeza (simetría en la distancia mentón-hombro) • Flexión de la mano sobre el antebrazo (simetría entre ambos miembros) • Maniobra de la Bufanda (entre línea media y la glándula mamaria ipsilateral) • Ángulo de los Aductores (40°-80°) • Ángulo Poplíteo (80°-100°) • Ángulo Talón-oreja (80°-100°) • Ángulo de Dorsiflexión del pie (60°-70°)			
ALE1.2	En la evaluación de los reflejos de Moro, prensión palmar y plantar, ¿falta alguno de estos tres reflejos?		SI	NO
	La Prensión palmar está ausente o es asimétrica			
	La Prensión plantar está ausente o es asimétrica			
	El reflejo de Moro está ausente o es asimétrico			
POSICIÓN PRONA				
MG1.1	Acostado boca abajo, puede voltear su cabeza para los 2 lados	NO		SI

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL PRUEBA EDI 2ª ed. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

Nombre del niño (a) _____

Sexo _____ Edad gestacional _____ Talla _____

Peso al nacer _____ Peso actual _____ Hb _____

Escolarizado (SI) (NO) Duración de lactancia materna _____

Nombre del evaluador _____

Nombre de la mamá _____

Edad _____ Escolaridad (Años) _____ Ocupación _____

Programa: Prospera() Seguro Popular() Otro() Ninguno()

Población: Urbana() Rural() Indígena()

Unidad de salud: _____

CÁLCULO DE EDAD Y PUNTO DE INICIO			
Fecha	Año	Mes	Día
Evaluación			
Nacimiento			
Edad Cronológica			
Edad en meses y días	Años=12 + meses		
Ajuste por prematuridad 40 - () = () X 7 =	Menor a 24 meses		
Edad corregida en meses y días			

CALIFICACIÓN POR EJE	Resultado por reactivo		Total
Área del desarrollo: Motriz gruesa			
Área del desarrollo: Motriz fina			
Área del desarrollo: Lenguaje			
Área del desarrollo: Social			
Exploración Neurológica			
Señales de Alarma			

En este caso el resultado será en cifras: **FRB** _____ **ALE** _____

Rango de edad	Clasificación EDI
1 mes a 1 mes 29 días	GRUPO 1
2 meses a 2 meses 29 días	GRUPO 2
3 meses a 3 meses 29 días	GRUPO 3
4 meses a 4 meses 29 días	GRUPO 4
5 meses a 6 meses 29 días	GRUPO 5
7 meses a 9 meses 29 días	GRUPO 6
10 meses a 12 meses 29 días	GRUPO 7
13 meses a 15 meses 29 días	GRUPO 8
16 meses a 18 meses 29 días	GRUPO 9
19 meses a 24 meses 29 días	GRUPO 10
25 meses a 30 meses 29 días	GRUPO 11
31 meses a 36 meses 29 días	GRUPO 12
37 meses a 48 meses 29 días	GRUPO 13
49 meses a 59 meses 29 días	GRUPO 14

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO		SI	NO
1.	Asistencia a dos o menos consultas prenatales.	SI	NO
2.	Presencia de sangrados, infecciones de vías urinarias o cervicovaginitis, presión alta y enfermedades sistémicas durante el embarazo.	SI	NO
3.	Gestación menor a 34 semanas.	SI	NO
4.	Peso del niño al nacer igual o menor a 1500 g.	SI	NO
5.	Retardo en la respiración o circular de cordón durante el parto.	SI	NO
6.	Hospitalización del niño en la UCIN o antes del mes de vida con una duración de 4 días o más.	SI	NO
7.	Madre menor a 16 años al momento del parto.	SI	NO

Criterios de Calificación para la Clasificación y Referencia Tabla B (Grupos 2, 3 y 4)		
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN	CLASIFICACIÓN	REFERENCIA CORRESPONDIENTE
1 o más áreas del desarrollo en rojo o, 2 o más áreas del desarrollo en amarillo o, 1 área del desarrollo en amarillo + 1 o más FRB o ALE o, 1 o más ALA en rojo o, 1 o más reactivos de la EN en rojo.	 Riesgo de Retraso en el Desarrollo	a) Referir a pediatría para valoración específica. b) Ingresar al Programa de Estimulación Temprana. c) Aplicación de la Prueba EDI 3 meses después.
1 área del desarrollo en amarillo o, 2 o más ALE en amarillo o, 2 o más FRB en amarillo o, 1 o más ALE en amarillo con 1 o más FRB en amarillo.	 Rezago en el Desarrollo	a) Ingresar al Programa de Estimulación Temprana. b) Aplicación de la Prueba EDI 3 meses después. c) Si el niño es calificado en amarillo en dos ocasiones consecutivas se clasificará como ROJO.*
- Todos los FRB, ALE, áreas del desarrollo, EN y ALA en verde o, 1 FRB o, 1 ALE presente.	 Desarrollo Normal	a) Seguir indicaciones para la Promoción y Vigilancia del Desarrollo Infantil.

* El niño deberá continuar en el Programa de Estimulación Temprana establecido hasta obtener los resultados de pediatría.

Recomendaciones:

Materiales: Sonaja, péndulo EDI, estímulo visual, cinta cefálica, sonaja de serpiente y tabla de perímetro cefálico.

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN PARA ÁREAS DEL DESARROLLO:

Dos respuestas acreditadas: Verde

Una respuesta acreditada: Amarillo

Ninguna respuesta acreditada: Aplicar reactivos del grupo de edad anterior

EJE		R	A	V
POSICIÓN SUPINA				
ALE2.4	¿Considera que el desarrollo de su niño es inadecuado?		SI	NO
ALA2.3	¿Su hijo tiene problemas para comer: se atraganta, se pone morado o presenta problemas para succionar?	SI		NO
EN2.1	Presenta alteración en la movilidad de alguna parte del cuerpo	SI		NO
ALE2.1	Están las manos del bebé permanentemente empuñadas con el pulgar adentro		SI	NO
SO2.1	Hace sonidos con la boca cuando le hablan		NO	SI
LE2.2	Hace sonidos como "a", "e", "u"		NO	SI
SO2.2	Reconoce los rostros que le son familiares y sonríe		NO	SI
LE2.1	Cuando escucha un ruido, voltea hacia la fuente del sonido (estando fuera del campo visual)		NO	SI
MF2.1	Sigue con la vista el movimiento de un objeto (péndulo EDI)		NO	SI
MF2.2	Se lleva la mano a la boca		NO	SI
EN2.2	Presenta alteración o asimetría en la movilidad de los ojos o expresión facial	SI		NO
EN2.3	Presenta perímetro cefálico por arriba o debajo de 2 desviaciones estándar para su edad	SI		NO
ALA2.1	Al evaluar el tono muscular , lo siente totalmente flácido o presenta rigidez en sus extremidades	SI		NO
	• Rotación lateral de la cabeza (simetría en la distancia mentón-hombro)	SI		NO
	• Flexión de la mano sobre el antebrazo (simetría entre ambos miembros)			
	• Maniobra de la Bufanda (entre línea media y la glándula mamaria ipsilateral)			
	• Ángulo de los Aductores (40°-80°)			
	• Ángulo Poplíteo (80°-100°)			
	• Ángulo Talón-oreja (80°-100°)			
	• Ángulo de Dorsiflexión del pie (60°-70°)			
ALA2.2	El reflejo de Moro está ausente o es asimétrico	SI		NO
MG2.2	Logra sostener la cabeza sin que se le vaya bruscamente hacia atrás o hacia alguno de los lados		NO	SI
POSICIÓN PRONA				
MG2.1	Boca abajo, levanta la cabeza por al menos 3 segundos (sonaja)		NO	SI
ALE2.2	¿Está frecuentemente irritable y cuesta trabajo tranquilizarlo a pesar de haber satisfecho sus necesidades y esto sucede de forma más notoria que con otros niños de su misma edad?		SI	NO
ALE2.3	Frecuentemente se encuentra aletargado y no muestra interés por lo que sucede a su alrededor, ¿le cuesta trabajo mantenerlo despierto?		SI	NO

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN PARA ÁREAS DEL DESARROLLO DEL GRUPO DE EDAD ANTERIOR

Dos respuestas acreditadas: Amarillo

Una o ninguna respuesta acreditada: Rojo

ÁREA		R	A
MG1.1	Acostado boca abajo, puede voltear su cabeza para los 2 lados	NO	SI
MG1.2	Cuando lo desviste, pateo y mueve los brazos	NO	SI
MF1.1	Mantiene las manos cerradas la mayor parte del tiempo	NO	SI
MF1.2	Cuando le da en la mano una sonaja, la retiene al menos durante 3 segundos	NO	SI
LE1.1	Se tranquiliza cuando escucha su voz	NO	SI
LE1.2	Hace algún ruido con la boca, llora cuando está incómodo o quiere comer	NO	SI
SO1.1	Cuando llora, se tranquiliza al hablarle o levantarlo	NO	SI
SO1.2	Cuando está frente al bebé, sigue con la mirada sus movimientos	NO	SI

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL PRUEBA EDI 2ª ed. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

Nombre del niño (a) _____
Sexo _____ Edad gestacional _____ Talla _____
Peso al nacer _____ Peso actual _____ Hb _____
Escolarizado (SI) (NO) Duración de lactancia materna _____
Nombre del evaluador _____

Nombre de la mamá _____
Edad _____ Escolaridad (Años) _____ Ocupación _____
Programa: Prospera() Seguro Popular() Otro() Ninguno()
Población: Urbana() Rural() Indígena()
Unidad de salud: _____

CÁLCULO DE EDAD Y PUNTO DE INICIO			
Fecha	Año	Mes	Día
Evaluación			
Nacimiento			
Edad Cronológica			
Edad en meses y días	Años=12 + meses		
Ajuste por prematuridad 40 - () = () X 7 =	Menor a 24 meses		
Edad corregida en meses y días			

CALIFICACIÓN POR EJE	Resultado por reactivo		Total
Área del desarrollo: Motriz gruesa			
Área del desarrollo: Motriz fina			
Área del desarrollo: Lenguaje			
Área del desarrollo: Social			
Exploración Neurológica			
Señales de Alarma			

En este caso el resultado será en cifras: **FRB** _____ **ALE** _____

Rango de edad	Clasificación EDI
1 mes a 1 mes 29 días	GRUPO 1
2 meses a 2 meses 29 días	GRUPO 2
3 meses a 3 meses 29 días	GRUPO 3
4 meses a 4 meses 29 días	GRUPO 4
5 meses a 6 meses 29 días	GRUPO 5
7 meses a 9 meses 29 días	GRUPO 6
10 meses a 12 meses 29 días	GRUPO 7
13 meses a 15 meses 29 días	GRUPO 8
16 meses a 18 meses 29 días	GRUPO 9
19 meses a 24 meses 29 días	GRUPO 10
25 meses a 30 meses 29 días	GRUPO 11
31 meses a 36 meses 29 días	GRUPO 12
37 meses a 48 meses 29 días	GRUPO 13
49 meses a 59 meses 29 días	GRUPO 14

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO		SI	NO
1.	Asistencia a dos o menos consultas prenatales.	SI	NO
2.	Presencia de sangrados, infecciones de vías urinarias o cervicovaginitis, presión alta y enfermedades sistémicas durante el embarazo.	SI	NO
3.	Gestación menor a 34 semanas.	SI	NO
4.	Peso del niño al nacer igual o menor a 1500 g.	SI	NO
5.	Retardo en la respiración o circular de cordón durante el parto.	SI	NO
6.	Hospitalización del niño en la UCIN o antes del mes de vida con una duración de 4 días o más.	SI	NO
7.	Madre menor a 16 años al momento del parto.	SI	NO

Criterios de Calificación para la Clasificación y Referencia Tabla B (Grupos 2, 3 y 4)		
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN	CLASIFICACIÓN	REFERENCIA CORRESPONDIENTE
1 o más áreas del desarrollo en rojo o, 2 o más áreas del desarrollo en amarillo o, 1 área del desarrollo en amarillo + 1 o más FRB o ALE o, 1 o más ALA en rojo o, 1 o más reactivos de la EN en rojo.	 Riesgo de Retraso en el Desarrollo	a) Referir a pediatría para valoración específica. b) Ingresar al Programa de Estimulación Temprana. c) Aplicación de la Prueba EDI 3 meses después.
1 área del desarrollo en amarillo o, 2 o más ALE en amarillo o, 2 o más FRB en amarillo o, 1 o más ALE en amarillo con 1 o más FRB en amarillo.	 Rezago en el Desarrollo	a) Ingresar al Programa de Estimulación Temprana. b) Aplicación de la Prueba EDI 3 meses después. c) Si el niño es calificado en amarillo en dos ocasiones consecutivas se clasificará como ROJO.*
- Todos los FRB, ALE, áreas del desarrollo, EN y ALA en verde o, 1 FRB o, 1 ALE presente.	 Desarrollo Normal	a) Seguir indicaciones para la Promoción y Vigilancia del Desarrollo Infantil.

* El niño deberá continuar en el Programa de Estimulación Temprana establecido hasta obtener los resultados de pediatría.

Recomendaciones:

Materiales: Péndulo EDI, estímulo visual, cinta cefálica, sonaja y tabla de perímetro cefálico.

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN PARA ÁREAS DEL DESARROLLO:

Dos respuestas acreditadas: Verde

Una respuesta acreditada: Amarillo

Ninguna respuesta acreditada: Aplicar reactivos del grupo de edad anterior

EJE		R	A	V
POSICIÓN SUPINA				
ALE3.4	¿Considera que el desarrollo de su niño es inadecuado?		SI	NO
EN3.1	Presenta alteración en la movilidad de alguna parte del cuerpo	SI		NO
ALE3.3	Sonríe al ver los gestos de la madre		NO	SI
SO3.1	Es fácil que el bebé sonría		NO	SI
LE3.1	Cuando le habla, hace sonidos con la boca o sonríe		NO	SI
LE3.2	Cuando balbucea, pronuncia algunas consonantes como "agu" o "ga"		NO	SI
SO3.2	Cuando le habla, voltea la cabeza y trata de ubicar el origen de la voz (estando fuera del campo visual)		NO	SI
ALE3.2	Sigue con la vista a las personas y a los objetos brillantes (péndulo EDI)		NO	SI
EN3.2	Presenta alteración o asimetría en la movilidad de los ojos o expresión facial	SI		NO
EN3.3	Presenta perímetro cefálico por arriba o debajo de 2 desviaciones estándar para su edad	SI		NO
MF3.1	Observa sus manos durante al menos 3 segundos mientras las está moviendo		NO	SI
MF3.2	Tiene las manos abiertas la mayor parte del tiempo		NO	SI
ALA3.1	Al evaluar el tono muscular , lo siente totalmente flácido o presenta rigidez en sus extremidades	SI		NO
	• Rotación lateral de la cabeza (simetría en la distancia mentón-hombro) • Flexión de la mano sobre el antebrazo (simetría entre ambos miembros) • Maniobra de la Bufanda (entre línea media y la glándula mamaria ipsilateral) • Ángulo de los Aductores (40°-80°) • Ángulo Poplíteo (80°-100°) • Ángulo Talón-oreja (80°-100°) • Ángulo de Dorsiflexión del pie (60°-70°)			
ALA3.2	El reflejo de Moro está ausente o es asimétrico	SI		NO
ALE3.1	Cuando está sentado y lo sostiene por los hombros, logra sostener la cabeza sin que se le vaya bruscamente hacia atrás o hacia alguno de los lados		NO	SI
MG3.2	Sostenido por el tronco en posición sentado, mantiene su cabeza firme sin que caiga bruscamente hacia enfrente, atrás o a los lados		NO	SI
POSICIÓN PRONA				
MG3.1	Boca abajo y apoyado en antebrazos logra sostener la cabeza al menos 3 segundos (sonaja)		NO	SI

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN PARA ÁREAS DEL DESARROLLO DEL GRUPO DE EDAD ANTERIOR

Dos respuestas acreditadas: Amarillo

Una o ninguna respuesta acreditada: Rojo

ÁREA		R	A
MG2.1	Boca abajo, levanta la cabeza por al menos 3 segundos (sonaja)	NO	SI
MG2.2	Logra sostener la cabeza sin que se le vaya bruscamente hacia atrás o hacia alguno de los lados	NO	SI
MF2.1	Sigue con la vista el movimiento de un objeto (péndulo EDI)	NO	SI
MF2.2	Se lleva la mano a la boca	NO	SI
LE2.1	Cuando escucha un ruido, voltea hacia la fuente del sonido (fuera del campo visual)	NO	SI
LE2.2	Hace sonidos como "a", "e", "u"	NO	SI
SO2.1	Hace sonidos con la boca cuando le hablan	NO	SI
SO2.2	Reconoce los rostros que le son familiares y sonríe	NO	SI

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL PRUEBA EDI 2ª ed. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

Nombre del niño (a) _____
Sexo _____ Edad gestacional _____ Talla _____
Peso al nacer _____ Peso actual _____ Hb _____
Escolarizado (SI) (NO) Duración de lactancia materna _____
Nombre del evaluador _____

Nombre de la mamá _____
Edad _____ Escolaridad (Años) _____ Ocupación _____
Programa: Prospera() Seguro Popular() Otro() Ninguno()
Población: Urbana() Rural() Indígena()
Unidad de salud: _____

CÁLCULO DE EDAD Y PUNTO DE INICIO			
Fecha	Año	Mes	Día
Evaluación			
Nacimiento			
Edad Cronológica			
Edad en meses y días	Años=12 + meses		
Ajuste por prematuridad 40 - () = () X 7 =	Menor a 24 meses		
Edad corregida en meses y días			

CALIFICACIÓN POR EJE	Resultado por reactivo		Total
Área del desarrollo: Motriz gruesa			
Área del desarrollo: Motriz fina			
Área del desarrollo: Lenguaje			
Área del desarrollo: Social			
Exploración Neurológica			
Señales de Alarma			

En este caso el resultado será en cifras: **FRB** _____ **ALE** _____

Rango de edad	Clasificación EDI
1 mes a 1 mes 29 días	GRUPO 1
2 meses a 2 meses 29 días	GRUPO 2
3 meses a 3 meses 29 días	GRUPO 3
4 meses a 4 meses 29 días	GRUPO 4
5 meses a 6 meses 29 días	GRUPO 5
7 meses a 9 meses 29 días	GRUPO 6
10 meses a 12 meses 29 días	GRUPO 7
13 meses a 15 meses 29 días	GRUPO 8
16 meses a 18 meses 29 días	GRUPO 9
19 meses a 24 meses 29 días	GRUPO 10
25 meses a 30 meses 29 días	GRUPO 11
31 meses a 36 meses 29 días	GRUPO 12
37 meses a 48 meses 29 días	GRUPO 13
49 meses a 59 meses 29 días	GRUPO 14

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO		SI	NO
1.	Asistencia a dos o menos consultas prenatales.	SI	NO
2.	Presencia de sangrados, infecciones de vías urinarias o cervicovaginitis, presión alta y enfermedades sistémicas durante el embarazo.	SI	NO
3.	Gestación menor a 34 semanas.	SI	NO
4.	Peso del niño al nacer igual o menor a 1500 g.	SI	NO
5.	Retardo en la respiración o circular de cordón durante el parto.	SI	NO
6.	Hospitalización del niño en la UCIN o antes del mes de vida con una duración de 4 días o más.	SI	NO
7.	Madre menor a 16 años al momento del parto.	SI	NO

Criterios de Calificación para la Clasificación y Referencia Tabla B (Grupos 2, 3 y 4)		
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN	CLASIFICACIÓN	REFERENCIA CORRESPONDIENTE
1 o más áreas del desarrollo en rojo o, 2 o más áreas del desarrollo en amarillo o, 1 área del desarrollo en amarillo + 1 o más FRB o ALE o, 1 o más ALA en rojo o, 1 o más reactivos de la EN en rojo.	 Riesgo de Retraso en el Desarrollo	a) Referir a pediatría para valoración específica. b) Ingresar al Programa de Estimulación Temprana. c) Aplicación de la Prueba EDI 3 meses después.
1 área del desarrollo en amarillo o, 2 o más ALE en amarillo o, 2 o más FRB en amarillo o, 1 o más ALE en amarillo con 1 o más FRB en amarillo.	 Rezago en el Desarrollo	a) Ingresar al Programa de Estimulación Temprana. b) Aplicación de la Prueba EDI 3 meses después. c) Si el niño es calificado en amarillo en dos ocasiones consecutivas se clasificará como ROJO.*
- Todos los FRB, ALE, áreas del desarrollo, EN y ALA en verde o, 1 FRB o, 1 ALE presente.	 Desarrollo Normal	a) Seguir indicaciones para la Promoción y Vigilancia del Desarrollo Infantil.

* El niño deberá continuar en el Programa de Estimulación Temprana establecido hasta obtener los resultados de pediatría.

Recomendaciones:

Materiales: Péndulo EDI, sonaja, estímulo visual, cinta cefálica, sonaja de serpiente y tabla de perímetro cefálico.

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN PARA ÁREAS DEL DESARROLLO:

Dos respuestas acreditadas: Verde

Una respuesta acreditada: Amarillo

Ninguna respuesta acreditada: Aplicar reactivos del grupo de edad anterior

EJE		R	A	V
POSICIÓN SUPINA				
ALE4.4	¿Considera que el desarrollo de su niño es inadecuado?		SI	NO
EN4.1	Presenta alteración en la movilidad de alguna parte del cuerpo	SI		NO
ALE4.2	Muestra interés por los objetos (péndulo EDI)		NO	SI
MF4.1	Extiende alguno de sus brazos para tratar de tomar un objeto que está a su alcance (péndulo EDI)		NO	SI
MF4.2	Mantiene en la mano un objeto al menos 10 segundos (sonaja)		NO	SI
ALE4.1	Hay asimetría en los movimientos de las manos		SI	NO
LE4.1	Balbucea o grita para llamar su atención		NO	SI
LE4.2	Emite sonidos como "le", "be", "pa", "gu"		NO	SI
EN4.2	Presenta alteración o asimetría en la movilidad de los ojos o expresión facial	SI		NO
EN4.3	Presenta perímetro cefálico por arriba o debajo de 2 desviaciones estándar para su edad	SI		NO
ALA4.2	Cuando está sentado y lo sostiene por el tronco, el bebé mantiene su cabeza firme sin que caiga bruscamente hacia enfrente, atrás o a los lados	NO		SI
MG4.1	Cuando está sentado y le sostiene suavemente de la espalda, mantiene su cabeza, sin dejarla caer hacia ningún lado		NO	SI
ALA4.1	El Reflejo de Moro está ausente o es asimétrico	SI		NO
POSICIÓN PRONA				
MG4.2	Cuando está acostado boca abajo, se apoya en antebrazos y eleva el tronco a 45° (sonaja)		NO	SI
ALE4.3	Persiste el reflejo de Galant o de incurvación		SI	NO
SO4.1	¿Piensa usted que cuando su bebé ve su pecho o el biberón, sabe que en poco tiempo le va a dar de comer?		NO	SI
SO4.2	¿Le gusta jugar con otras personas y llora cuando dejan de jugar con él?		NO	SI

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN PARA ÁREAS DEL DESARROLLO DEL GRUPO DE EDAD ANTERIOR

Dos respuestas acreditadas: Amarillo

Una o ninguna respuesta acreditada: Rojo

ÁREA		R	A
MG3.1	Boca abajo y apoyado en antebrazos logra sostener la cabeza al menos 3 segundos (sonaja)	NO	SI
MG3.2	Sostenido por el tronco en posición sentado, mantiene su cabeza firme sin que caiga bruscamente hacia enfrente, atrás o a los lados	NO	SI
MF3.1	Observa sus manos durante al menos 3 segundos mientras las está moviendo	NO	SI
MF3.2	Tiene las manos abiertas la mayor parte del tiempo	NO	SI
LE3.1	Cuando le habla, hace sonidos con la boca o sonrío	NO	SI
LE3.2	Cuando balbucea, pronuncia algunas consonantes como "agu" o "ga"	NO	SI
SO3.1	Es fácil que el bebé sonrío	NO	SI
SO3.2	Cuando le habla, voltea la cabeza y trata de ubicar el origen de la voz (estando fuera del campo visual)	NO	SI

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL PRUEBA EDI 2ª ed. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

Nombre del niño (a) _____
Sexo _____ Edad gestacional _____ Talla _____
Peso al nacer _____ Peso actual _____ Hb _____
Escolarizado (SI) (NO) Duración de lactancia materna _____
Nombre del evaluador _____

Nombre de la mamá _____
Edad _____ Escolaridad (Años) _____ Ocupación _____
Programa: Prospera() Seguro Popular() Otro() Ninguno()
Población: Urbana() Rural() Indígena()
Unidad de salud: _____

CÁLCULO DE EDAD Y PUNTO DE INICIO			
Fecha	Año	Mes	Día
Evaluación			
Nacimiento			
Edad Cronológica			
Edad en meses y días	Años=12 + meses		
Ajuste por prematuridad $40 - () = () \times 7 =$	Menor a 24 meses		
Edad corregida en meses y días			

CALIFICACIÓN POR EJE	Resultado por reactivo		Total
Área del desarrollo: Motriz gruesa			
Área del desarrollo: Motriz fina			
Área del desarrollo: Lenguaje			
Área del desarrollo: Social			
Exploración Neurológica			
Señales de Alarma			

En este caso el resultado será en cifras: FRB _____ ALE _____

Rango de edad	Clasificación EDI
1 mes a 1 mes 29 días	GRUPO 1
2 meses a 2 meses 29 días	GRUPO 2
3 meses a 3 meses 29 días	GRUPO 3
4 meses a 4 meses 29 días	GRUPO 4
5 meses a 6 meses 29 días	GRUPO 5
7 meses a 9 meses 29 días	GRUPO 6
10 meses a 12 meses 29 días	GRUPO 7
13 meses a 15 meses 29 días	GRUPO 8
16 meses a 18 meses 29 días	GRUPO 9
19 meses a 24 meses 29 días	GRUPO 10
25 meses a 30 meses 29 días	GRUPO 11
31 meses a 36 meses 29 días	GRUPO 12
37 meses a 48 meses 29 días	GRUPO 13
49 meses a 59 meses 29 días	GRUPO 14

Criterios de Calificación para la Clasificación y Referencia Tabla C (Grupos 5 al 14)		
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN	CLASIFICACIÓN	REFERENCIA CORRESPONDIENTE
1 o más áreas del desarrollo en rojo o, 1 o más ALA en rojo o, 1 o más reactivos de la EN en rojo.	 Riesgo de Retraso en el Desarrollo	Menor de 16 meses: a) Referir a pediatría para valoración específica. Mayor de 16 meses: a) Referir a psicología para aplicación de la Prueba Battelle. b) Referir a pediatría para valoración específica. Ambos: a) Ingresar al Programa de Estimulación Temprana. b) Aplicación de la Prueba EDI 3 meses después.
1 o más áreas del desarrollo en amarillo.	 Rezago en el Desarrollo	a) Ingresar al Programa de Estimulación Temprana. b) Aplicación de la Prueba EDI 3 meses después. c) Si el niño es calificado en amarillo en dos ocasiones consecutivas se clasificará como ROJO.*
- Todos los FRB, ALE, áreas del desarrollo, EN y ALA en verde o, 1 o más FRB o, 1 o más ALE presentes	 Desarrollo Normal	a) Seguir indicaciones para la Promoción y Vigilancia del Desarrollo Infantil.

* El niño deberá continuar en el Programa de Estimulación Temprana establecido hasta obtener los resultados de la Prueba Battelle.

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO		SI	NO
1.	Asistencia a dos o menos consultas prenatales.	SI	NO
2.	Presencia de sangrados, infecciones de vías urinarias o cervicovaginitis, presión alta y enfermedades sistémicas durante el embarazo.	SI	NO
3.	Gestación menor a 34 semanas.	SI	NO
4.	Peso del niño al nacer igual o menor a 1500 g.	SI	NO
5.	Retardo en la respiración o circular de cordón durante el parto.	SI	NO
6.	Hospitalización del niño en la UCIN o antes del mes de vida con una duración de 4 días o más.	SI	NO
7.	Madre menor a 16 años al momento del parto.	SI	NO

Recomendaciones:

Materiales: Juguetes atractivos, sonaja, cubos, estímulo visual, cinta cefálica, tela, sonaja de serpiente y tabla de perímetro cefálico.

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN PARA ÁREAS DEL DESARROLLO:

Dos respuestas acreditadas: Verde

Una respuesta acreditada: Amarillo

Ninguna respuesta acreditada: Aplicar reactivos del grupo de edad anterior

EJE		R	A	V
POSICIÓN SENTADO				
ALE5.6	¿Considera que el desarrollo de su niño es inadecuado?		SI	NO
EN5.1	Presenta alteración en la movilidad de alguna parte del cuerpo	SI		NO
MF5.1	Intenta insistentemente agarrar un objeto cercano a él (cubos)		NO	SI
ALE5.3	Sostiene objetos con las manos al menos 10 segundos (sonaja, cubo o pato)		NO	SI
MF5.2	Cuando agarra algún objeto, se lo pasa de una mano a otra (sonaja, cubo o pato)		NO	SI
ALA5.1	Hay asimetría en los movimientos de las manos	SI		NO
EN5.2	Presenta alteración o asimetría en la movilidad de los ojos o expresión facial	SI		NO
EN5.3	Presenta perímetro cefálico por arriba o debajo de 2 desviaciones estándar para su edad	SI		NO
ALE5.2	Balbucea o emite sonidos guturales		NO	SI
LE5.2	Si usted imita los sonidos que el bebé emite, vuelve él a repetirlos		NO	SI
SO5.2	Cuando se tapa la cara con una tela, se ríe cuando usted se destapa		NO	SI
LE5.1	Si llama al bebé cuando él no lo puede ver, mueve la cabeza en dirección de su voz		NO	SI
POSICIÓN SUPINA				
ALE5.1	Presenta interés por sus manos, las observa		NO	SI
ALE5.5	Cuando está boca arriba puede girar su cuerpo hacia los lados (juguetes atractivos)		NO	SI
ALE5.4	Al ayudarlo a sentarse la cabeza se mantiene por detrás del tronco		SI	NO
MG5.1	Cuando lo toma de los brazos para sentarlo, él le ayuda jalando y elevando la cabeza		NO	SI
POSICIÓN PRONA				
ALA5.2	Persiste el reflejo de Galant o de incurvación	SI		NO
MG5.2	Acostado el bebé boca abajo, se apoya en antebrazos e intenta tomar un juguete que está a su alcance (sonaja)		NO	SI
SO5.1	¿Se pone intranquilo cuando una persona desconocida trata de cargarlo?		NO	SI

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN PARA ÁREAS DEL DESARROLLO DEL GRUPO DE EDAD ANTERIOR

Dos respuestas acreditadas: Amarillo Una o ninguna respuesta acreditada: Rojo

ÁREA		R	A
MG4.1	Cuando está sentado y le sostiene suavemente de la espalda, mantiene su cabeza, sin dejarla caer hacia ningún lado	NO	SI
MG4.2	Cuando está acostado boca abajo, se apoya en antebrazos y eleva el tronco a 45° (sonaja)	NO	SI
MF4.1	Extiende alguno de sus brazos para tratar de tomar un objeto que está a su alcance (péndulo EDI)	NO	SI
MF4.2	Mantiene en la mano un objeto al menos 10 segundos (sonaja)	NO	SI
LE4.1	Balbucea o grita para llamar su atención	NO	SI
LE4.2	Emite sonidos como "le", "be", "pa", "gu"	NO	SI
SO4.1	¿Piensa usted que cuando su bebé ve su pecho o el biberón, sabe que en poco tiempo le va a dar de comer?	NO	SI
SO4.2	¿Le gusta jugar con otras personas y llora cuando dejan de jugar con él?	NO	SI

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL PRUEBA EDI 2ª ed. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

Nombre del niño (a) _____
Sexo _____ Edad gestacional _____ Talla _____
Peso al nacer _____ Peso actual _____ Hb _____
Escolarizado (SI) (NO) Duración de lactancia materna _____
Nombre del evaluador _____

Nombre de la mamá _____
Edad _____ Escolaridad (Años) _____ Ocupación _____
Programa: Prospera() Seguro Popular() Otro() Ninguno()
Población: Urbana() Rural() Indígena()
Unidad de salud: _____

CÁLCULO DE EDAD Y PUNTO DE INICIO			
Fecha	Año	Mes	Día
Evaluación			
Nacimiento			
Edad Cronológica			
Edad en meses y días	Años=12 + meses		
Ajuste por prematuridad $40 - () = () \times 7 =$	Menor a 24 meses		
Edad corregida en meses y días			

CALIFICACIÓN POR EJE	Resultado por reactivo		Total
Área del desarrollo: Motriz gruesa			
Área del desarrollo: Motriz fina			
Área del desarrollo: Lenguaje			
Área del desarrollo: Social			
Exploración Neurológica			
Señales de Alarma			

En este caso el resultado será en cifras: **FRB** _____ **ALE** _____

Rango de edad	Clasificación EDI
1 mes a 1 mes 29 días	GRUPO 1
2 meses a 2 meses 29 días	GRUPO 2
3 meses a 3 meses 29 días	GRUPO 3
4 meses a 4 meses 29 días	GRUPO 4
5 meses a 6 meses 29 días	GRUPO 5
7 meses a 9 meses 29 días	GRUPO 6
10 meses a 12 meses 29 días	GRUPO 7
13 meses a 15 meses 29 días	GRUPO 8
16 meses a 18 meses 29 días	GRUPO 9
19 meses a 24 meses 29 días	GRUPO 10
25 meses a 30 meses 29 días	GRUPO 11
31 meses a 36 meses 29 días	GRUPO 12
37 meses a 48 meses 29 días	GRUPO 13
49 meses a 59 meses 29 días	GRUPO 14

Criterios de Calificación para la Clasificación y Referencia Tabla C (Grupos 5 al 14)		
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN	CLASIFICACIÓN	REFERENCIA CORRESPONDIENTE
1 o más áreas del desarrollo en rojo o, 1 o más ALA en rojo o, 1 o más reactivos de la EN en rojo.	 Riesgo de Retraso en el Desarrollo	Menor de 16 meses: a) Referir a pediatría para valoración específica. Mayor de 16 meses: a) Referir a psicología para aplicación de la Prueba Battelle. b) Referir a pediatría para valoración específica. Ambos: a) Ingresar al Programa de Estimulación Temprana. b) Aplicación de la Prueba EDI 3 meses después.
1 o más áreas del desarrollo en amarillo.	 Rezago en el Desarrollo	a) Ingresar al Programa de Estimulación Temprana. b) Aplicación de la Prueba EDI 3 meses después. c) Si el niño es calificado en amarillo en dos ocasiones consecutivas se clasificará como ROJO.*
- Todos los FRB, ALE, áreas del desarrollo, EN y ALA en verde o, 1 o más FRB o, 1 o más ALE presentes	 Desarrollo Normal	a) Seguir indicaciones para la Promoción y Vigilancia del Desarrollo Infantil.

* El niño deberá continuar en el Programa de Estimulación Temprana establecido hasta obtener los resultados de la Prueba Battelle.

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO		SI	NO
1.	Asistencia a dos o menos consultas prenatales.	SI	NO
2.	Presencia de sangrados, infecciones de vías urinarias o cervicovaginitis, presión alta y enfermedades sistémicas durante el embarazo.	SI	NO
3.	Gestación menor a 34 semanas.	SI	NO
4.	Peso del niño al nacer igual o menor a 1500 g.	SI	NO
5.	Retardo en la respiración o circular de cordón durante el parto.	SI	NO
6.	Hospitalización del niño en la UCIN o antes del mes de vida con una duración de 4 días o más.	SI	NO
7.	Madre menor a 16 años al momento del parto.	SI	NO

Recomendaciones:

Materiales: Sonaja de serpiente, cuentas, cubos, juguetes atractivos, pelota roja, estímulo visual, cinta cefálica y tabla de perímetro cefálico.

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN PARA ÁREAS DEL DESARROLLO:

Dos respuestas acreditadas: Verde

Una respuesta acreditada: Amarillo

Ninguna respuesta acreditada: Aplicar reactivos del grupo de edad anterior

EJE		R	A	V
POSICIÓN SENTADO				
ALE6.5	¿Considera que el desarrollo de su niño es inadecuado?		SI	NO
EN6.1	Presenta alteración en la movilidad de alguna parte de cuerpo	SI		NO
ALE6.4	Tiene interés por mirar o tocar objetos de su entorno (juguetes atractivos)		NO	SI
MF6.1	Cuando quiere agarrar las cosas, utiliza sus dedos como si fuera un rastrillo (una cuenta)		NO	SI
ALE6.1	Mantiene un objeto en cada mano (cubos)		NO	SI
MF6.2	Le gusta golpear objetos contra la mesa o el suelo (cubos)		NO	SI
ALE6.2	Busca o sigue con la mirada un objeto que se cayó (pelota roja)		NO	SI
LE6.1	Hace 2 sonidos iguales como "ba-ba", "da-da", "ta-ta"		NO	SI
LE6.2	Hace gestos para decir lo que quiere		NO	SI
EN6.2	Presenta alteración o asimetría en la movilidad de los ojos o expresión facial	SI		NO
EN6.3	Presenta perímetro cefálico por arriba o debajo de 2 desviaciones estándar para su edad	SI		NO
ALA6.1	Persiste el reflejo de Moro	SI		NO
ALA6.2	Presenta reflejo de paracaídas	NO		SI
POSICIÓN en PISO				
ALE6.3	Se mantiene sentado apoyado en sus manos		SI	NO
MG6.1	Se mantiene sentado sin apoyo		NO	SI
MG6.2	Cuando quiere ir de un lado a otro, se voltea de estar boca arriba a quedar boca abajo y se arrastra sobre el estómago (juguetes atractivos)		NO	SI
SO6.1	Cuándo está con personas conocidas, ¿reacciona ante sus expresiones y parece contento?		NO	SI
SO6.2	Cuando le da de beber líquidos, ¿le ayuda a detener el biberón o la taza?		NO	SI

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN PARA ÁREAS DEL DESARROLLO DEL GRUPO DE EDAD ANTERIOR

Dos respuestas acreditadas: Amarillo

Una o ninguna respuesta acreditada: Rojo

ÁREA		R	A
MG5.1	Cuando lo toma de los brazos para sentarlo, él le ayuda jalando y elevando la cabeza	NO	SI
MG5.2	Acostado el bebé boca abajo, se apoya en antebrazos e intenta tomar un juguete que está a su alcance	NO	SI
MF5.1	Intenta insistentemente agarrar un objeto cercano a él (cubos)	NO	SI
MF5.2	Cuando agarra algún objeto, se lo pasa de una mano a otra (sonaja, cubo o pato)	NO	SI
LE5.1	Si llama al bebé cuando él no lo puede ver, mueve la cabeza en dirección de su voz	NO	SI
LE5.2	Si usted imita los sonidos que el bebé emite, vuelve él a repetirlos	NO	SI
SO5.1	¿Se pone intranquilo cuando una persona desconocida trata de cargarlo?	NO	SI
SO5.2	Cuando se tapa la cara con una tela, se ríe cuando usted se destapa	NO	SI

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL PRUEBA EDI 2ª ed. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

Nombre del niño (a) _____
Sexo _____ Edad gestacional _____ Talla _____
Peso al nacer _____ Peso actual _____ Hb _____
Escolarizado (SI) (NO) Duración de lactancia materna _____
Nombre del evaluador _____

Nombre de la mamá _____
Edad _____ Escolaridad (Años) _____ Ocupación _____
Programa: Prospera() Seguro Popular() Otro() Ninguno()
Población: Urbana() Rural() Indígena()
Unidad de salud: _____

CÁLCULO DE EDAD Y PUNTO DE INICIO			
Fecha	Año	Mes	Día
Evaluación			
Nacimiento			
Edad Cronológica			
Edad en meses y días	Años=12 + meses		
Ajuste por prematuridad $40 - () = () \times 7 =$	Menor a 24 meses		
Edad corregida en meses y días			

CALIFICACIÓN POR EJE	Resultado por reactivo		Total
Área del desarrollo: Motriz gruesa			
Área del desarrollo: Motriz fina			
Área del desarrollo: Lenguaje			
Área del desarrollo: Social			
Exploración Neurológica			
Señales de Alarma			

En este caso el resultado será en cifras: FRB _____ ALE _____

Rango de edad	Clasificación EDI
1 mes a 1 mes 29 días	GRUPO 1
2 meses a 2 meses 29 días	GRUPO 2
3 meses a 3 meses 29 días	GRUPO 3
4 meses a 4 meses 29 días	GRUPO 4
5 meses a 6 meses 29 días	GRUPO 5
7 meses a 9 meses 29 días	GRUPO 6
10 meses a 12 meses 29 días	GRUPO 7
13 meses a 15 meses 29 días	GRUPO 8
16 meses a 18 meses 29 días	GRUPO 9
19 meses a 24 meses 29 días	GRUPO 10
25 meses a 30 meses 29 días	GRUPO 11
31 meses a 36 meses 29 días	GRUPO 12
37 meses a 48 meses 29 días	GRUPO 13
49 meses a 59 meses 29 días	GRUPO 14

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO		SI	NO
1.	Asistencia a dos o menos consultas prenatales.	SI	NO
2.	Presencia de sangrados, infecciones de vías urinarias o cervicovaginitis, presión alta y enfermedades sistémicas durante el embarazo.	SI	NO
3.	Gestación menor a 34 semanas.	SI	NO
4.	Peso del niño al nacer igual o menor a 1500 g.	SI	NO
5.	Retardo en la respiración o circular de cordón durante el parto.	SI	NO
6.	Hospitalización del niño en la UCIN o antes del mes de vida con una duración de 4 días o más.	SI	NO
7.	Madre menor a 16 años al momento del parto.	SI	NO

Criterios de Calificación para la Clasificación y Referencia Tabla C (Grupos 5 al 14)		
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN	CLASIFICACIÓN	REFERENCIA CORRESPONDIENTE
1 o más áreas del desarrollo en rojo o, 1 o más ALA en rojo o, 1 o más reactivos de la EN en rojo.	 Riesgo de Retraso en el Desarrollo	Menor de 16 meses: a) Referir a pediatría para valoración específica. Mayor de 16 meses: a) Referir a psicología para aplicación de la Prueba Battelle. b) Referir a pediatría para valoración específica. Ambos: a) Ingresar al Programa de Estimulación Temprana. b) Aplicación de la Prueba EDI 3 meses después.
1 o más áreas del desarrollo en amarillo.	 Rezago en el Desarrollo	a) Ingresar al Programa de Estimulación Temprana. b) Aplicación de la Prueba EDI 3 meses después. c) Si el niño es calificado en amarillo en dos ocasiones consecutivas se clasificará como ROJO.*
- Todos los FRB, ALE, áreas del desarrollo, EN y ALA en verde o, 1 o más FRB o, 1 o más ALE presentes	 Desarrollo Normal	a) Seguir indicaciones para la Promoción y Vigilancia del Desarrollo Infantil.

* El niño deberá continuar en el Programa de Estimulación Temprana establecido hasta obtener los resultados de la Prueba Battelle.

Recomendaciones:

Materiales: Juguetes atractivos, cubos, pelota roja, muñeco de tela, cuentas, estímulo visual, cinta cefálica y tabla de perímetro cefálico.

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN PARA ÁREAS DEL DESARROLLO:

Dos respuestas acreditadas: Verde

Una respuesta acreditada: Amarillo

Ninguna respuesta acreditada: Aplicar reactivos del grupo de edad anterior

EJE		R	A	V
POSICIÓN SENTADO				
ALE7.4	¿Considera que el desarrollo de su niño es inadecuado?		SI	NO
EN7.1	Presenta alteración en la movilidad de alguna parte del cuerpo	SI		NO
ALE7.2	Tiene interés por mirar o tocar objetos de su entorno (juguetes atractivos)		NO	SI
ALE7.3	Juega con juguetes (cubos, pelota roja, muñeco de tela)		NO	SI
MF7.1	Toma un objeto pequeño con los dedos y lo mantiene en el centro de la mano (una cuenta)		NO	SI
MF7.2	Sabe aplaudir		NO	SI
LE7.1	Cuando el niño está jugando en una actividad que lo tiene entretenido y usted le dice "no-no", deja de hacerla (juguetes atractivos)		NO	SI
ALA7.2	Hace esfuerzos por comunicarse, ya sea balbuceando o con gestos. Por ejemplo: señalar lo que desea, mover la mano para saludar, hacer señas, jalar para llamar la atención	NO		SI
EN7.2	Presenta alteración o asimetría en la movilidad de los ojos o expresión facial	SI		NO
EN7.3	Presenta perímetro cefálico por arriba o debajo de 2 desviaciones estándar para su edad	SI		NO
POSICIÓN en PISO				
ALA7.1	Se mantiene sentado sin apoyo	NO		SI
ALE7.1	Hace esfuerzos por desplazarse o gatear (juguetes atractivos)		NO	SI
MG7.1	Cuando se desplaza de un lado a otro, utiliza sus manos y rodillas (juguetes atractivos)		NO	SI
MG7.2	Camina agarrado de los muebles (juguetes atractivos)		NO	SI
LE7.2	¿Dice papá o mamá?		NO	SI
SO7.1	¿Empieza a comer por sí solo con los dedos?		NO	SI
SO7.2	Cuando lo viste, ¿le ayuda terminando de meter el brazo por la manga?		NO	SI

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN PARA ÁREAS DEL DESARROLLO DEL GRUPO DE EDAD ANTERIOR

Dos respuestas acreditadas: Amarillo Una o ninguna respuesta acreditada: Rojo

ÁREA		R	A
MG6.1	Se mantiene sentado sin apoyo	NO	SI
MG6.2	Cuando quiere ir de un lado a otro, se voltea de estar boca arriba a quedar boca abajo y se arrastra sobre el estómago (juguetes atractivos)	NO	SI
MF6.1	Cuando quiere agarrar las cosas, utiliza sus dedos como si fuera un rastrillo (una cuenta)	NO	SI
MF6.2	Le gusta golpear objetos contra la mesa o el suelo (cubos)	NO	SI
LE6.1	Hace 2 sonidos iguales como "ba-ba", "da-da", "ta-ta"	NO	SI
LE6.2	Hace gestos para decir lo que quiere	NO	SI
SO6.1	Cuando está con personas conocidas, ¿reacciona ante sus expresiones y parece contento?	NO	SI
SO6.2	Cuando le da de beber líquidos, ¿le ayuda a detener el biberón o la taza?	NO	SI

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL PRUEBA EDI 2ª ed. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

Nombre del niño (a) _____
Sexo _____ Edad gestacional _____ Talla _____
Peso al nacer _____ Peso actual _____ Hb _____
Escolarizado (SI) (NO) Duración de lactancia materna _____
Nombre del evaluador _____

Nombre de la mamá _____
Edad _____ Escolaridad (Años) _____ Ocupación _____
Programa: Prospera() Seguro Popular() Otro() Ninguno()
Población: Urbana() Rural() Indígena()
Unidad de salud: _____

CÁLCULO DE EDAD Y PUNTO DE INICIO			
Fecha	Año	Mes	Día
Evaluación			
Nacimiento			
Edad Cronológica			
Edad en meses y días	Años=12 + meses		
Ajuste por prematuridad $40 - () = () \times 7 =$	Menor a 24 meses		
Edad corregida en meses y días			

CALIFICACIÓN POR EJE	Resultado por reactivo			Total
Área del desarrollo: Motriz gruesa				
Área del desarrollo: Motriz fina				
Área del desarrollo: Lenguaje				
Área del desarrollo: Social				
Exploración Neurológica				
Señales de Alarma				

En este caso el resultado será en cifras: **FRB** _____ **ALE** _____

Rango de edad	Clasificación EDI
1 mes a 1 mes 29 días	GRUPO 1
2 meses a 2 meses 29 días	GRUPO 2
3 meses a 3 meses 29 días	GRUPO 3
4 meses a 4 meses 29 días	GRUPO 4
5 meses a 6 meses 29 días	GRUPO 5
7 meses a 9 meses 29 días	GRUPO 6
10 meses a 12 meses 29 días	GRUPO 7
13 meses a 15 meses 29 días	GRUPO 8
16 meses a 18 meses 29 días	GRUPO 9
19 meses a 24 meses 29 días	GRUPO 10
25 meses a 30 meses 29 días	GRUPO 11
31 meses a 36 meses 29 días	GRUPO 12
37 meses a 48 meses 29 días	GRUPO 13
49 meses a 59 meses 29 días	GRUPO 14

Criterios de Calificación para la Clasificación y Referencia Tabla C (Grupos 5 al 14)		
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN	CLASIFICACIÓN	REFERENCIA CORRESPONDIENTE
1 o más áreas del desarrollo en rojo o, 1 o más ALA en rojo o, 1 o más reactivos de la EN en rojo.	 Riesgo de Retraso en el Desarrollo	Menor de 16 meses: a) Referir a pediatría para valoración específica. Mayor de 16 meses: a) Referir a psicología para aplicación de la Prueba Battelle. b) Referir a pediatría para valoración específica. Ambos: a) Ingresar al Programa de Estimulación Temprana. b) Aplicación de la Prueba EDI 3 meses después.
1 o más áreas del desarrollo en amarillo.	 Rezago en el Desarrollo	a) Ingresar al Programa de Estimulación Temprana. b) Aplicación de la Prueba EDI 3 meses después. c) Si el niño es calificado en amarillo en dos ocasiones consecutivas se clasificará como ROJO.*
- Todos los FRB, ALE, áreas del desarrollo, EN y ALA en verde o, 1 o más FRB o, 1 o más ALE presentes	 Desarrollo Normal	a) Seguir indicaciones para la Promoción y Vigilancia del Desarrollo Infantil.

* El niño deberá continuar en el Programa de Estimulación Temprana establecido hasta obtener los resultados de la Prueba Battelle.

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO		SI	NO
1.	Asistencia a dos o menos consultas prenatales.	SI	NO
2.	Presencia de sangrados, infecciones de vías urinarias o cervicovaginitis, presión alta y enfermedades sistémicas durante el embarazo.	SI	NO
3.	Gestación menor a 34 semanas.	SI	NO
4.	Peso del niño al nacer igual o menor a 1500 g.	SI	NO
5.	Retardo en la respiración o circular de cordón durante el parto.	SI	NO
6.	Hospitalización del niño en la UCIN o antes del mes de vida con una duración de 4 días o más.	SI	NO
7.	Madre menor a 16 años al momento del parto.	SI	NO

Recomendaciones:

Materiales: Juguetes atractivos, pelota roja, cubos, contenedor de plástico, muñeco de tela, cuentas, estímulo visual, cinta cefálica y tabla de perímetro cefálico.

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN PARA ÁREAS DEL DESARROLLO:

Tres o dos respuestas acreditadas: Verde

Una respuesta acreditada: Amarillo

Ninguna respuesta acreditada: Aplicar reactivos del grupo de edad anterior

EJE		R	A	V
POSICIÓN SENTADO				
ALE8.4	¿Considera que el desarrollo de su niño es inadecuado?		SI	NO
EN8.1	Presenta alteración en la movilidad de alguna parte del cuerpo	SI		NO
MF8.1	Le gusta sacar y meter cosas de la caja (por lo menos 2 juguetes) (D)		NO	SI
MF8.2	Le gusta tirar o aventar juguetes u otros objetos al suelo		NO	SI
MF8.3	Sin apoyar la mano o el brazo en la mesa, toma una cuenta utilizando las yemas de los dedos		NO	SI
SO8.3	Obedece órdenes sencillas como: "dame el pato", "trae la pelota", "ven"		NO	SI
ALE8.2	Hace esfuerzos por comunicarse de forma verbal		NO	SI
ALE8.3	Dejó de balbucear y ya se expresa con palabras		NO	SI
LE8.1	Señala su zapato o alguna parte del cuerpo		NO	SI
LE8.3	Cuando quiere algo, se comunica con gestos y sonidos		NO	SI
EN8.2	Presenta alteración o asimetría en la movilidad de los ojos o expresión facial	SI		NO
EN8.3	Presenta perímetro cefálico por arriba o debajo de 2 desviaciones estándar para su edad	SI		NO
POSICIÓN en PISO				
ALA8.1	Se desplaza solo o gatea	NO		SI
MG8.1	Cuando está sentado, se para solo		NO	SI
ALE8.1	Se mantiene de pie mientras se le sostiene del tronco		NO	SI
MG8.2	Camina solo		NO	SI
MG8.3	Se agacha para agarrar un objeto del suelo y se pone de pie sin apoyarse en algo		NO	SI
LE8.2	¿Dice otra palabra además de papá y mamá?		NO	SI
SO8.1	¿Come solo y sin ayuda?		NO	SI
SO8.2	¿Le gusta abrazar o besar a sus papás?		NO	SI

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN PARA ÁREAS DEL DESARROLLO DEL GRUPO DE EDAD ANTERIOR

Dos respuestas acreditadas: Amarillo

Una o ninguna respuesta acreditada: Rojo

ÁREA		R	A
MG7.1	Cuando se desplaza de un lado a otro, utiliza sus manos y rodillas (juguetes atractivos)	NO	SI
MG7.2	Camina agarrado de los muebles (juguetes atractivos)	NO	SI
MF7.1	Toma un objeto pequeño con los dedos y lo mantiene en el centro de la mano (una cuenta)	NO	SI
MF7.2	Sabe aplaudir	NO	SI
LE7.1	Cuando el niño está jugando en una actividad que lo tiene entretenido y usted le dice "no-no", deja de hacerla (juguetes atractivos)	NO	SI
LE7.2	¿Dice papá o mamá?	NO	SI
SO7.1	¿Empieza a comer por sí solo con los dedos?	NO	SI
SO7.2	Cuándo lo viste, ¿le ayuda terminando de meter el brazo por la manga?	NO	SI

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL PRUEBA EDI 2ª ed. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

Nombre del niño (a) _____
Sexo _____ Edad gestacional _____ Talla _____
Peso al nacer _____ Peso actual _____ Hb _____
Escolarizado (SI) (NO) Duración de lactancia materna _____
Nombre del evaluador _____

Nombre de la mamá _____
Edad _____ Escolaridad (Años) _____ Ocupación _____
Programa: Prospera() Seguro Popular() Otro() Ninguno()
Población: Urbana() Rural() Indígena()
Unidad de salud: _____

CÁLCULO DE EDAD Y PUNTO DE INICIO			
Fecha	Año	Mes	Día
Evaluación			
Nacimiento			
Edad Cronológica			
Edad en meses y días	Años=12 + meses		
Ajuste por prematuridad $40 - () = () \times 7 =$	Menor a 24 meses		
Edad corregida en meses y días			

CALIFICACIÓN POR EJE	Resultado por reactivo			Total
Área del desarrollo: Motriz gruesa				
Área del desarrollo: Motriz fina				
Área del desarrollo: Lenguaje				
Área del desarrollo: Social				
Exploración Neurológica				
Señales de Alarma				

En este caso el resultado será en cifras: **FRB** _____ **ALE** _____

Rango de edad	Clasificación EDI
1 mes a 1 mes 29 días	GRUPO 1
2 meses a 2 meses 29 días	GRUPO 2
3 meses a 3 meses 29 días	GRUPO 3
4 meses a 4 meses 29 días	GRUPO 4
5 meses a 6 meses 29 días	GRUPO 5
7 meses a 9 meses 29 días	GRUPO 6
10 meses a 12 meses 29 días	GRUPO 7
13 meses a 15 meses 29 días	GRUPO 8
16 meses a 18 meses 29 días	GRUPO 9
19 meses a 24 meses 29 días	GRUPO 10
25 meses a 30 meses 29 días	GRUPO 11
31 meses a 36 meses 29 días	GRUPO 12
37 meses a 48 meses 29 días	GRUPO 13
49 meses a 59 meses 29 días	GRUPO 14

Criterios de Calificación para la Clasificación y Referencia Tabla C (Grupos 5 al 14)		
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN	CLASIFICACIÓN	REFERENCIA CORRESPONDIENTE
1 o más áreas del desarrollo en rojo o, 1 o más ALA en rojo o, 1 o más reactivos de la EN en rojo.	 Riesgo de Retraso en el Desarrollo	Menor de 16 meses: a) Referir a pediatría para valoración específica. Mayor de 16 meses: a) Referir a psicología para aplicación de la Prueba Battelle. b) Referir a pediatría para valoración específica. Ambos: a) Ingresar al Programa de Estimulación Temprana. b) Aplicación de la Prueba EDI 3 meses después.
1 o más áreas del desarrollo en amarillo.	 Rezago en el Desarrollo	a) Ingresar al Programa de Estimulación Temprana. b) Aplicación de la Prueba EDI 3 meses después. c) Si el niño es calificado en amarillo en dos ocasiones consecutivas se clasificará como ROJO.*
- Todos los FRB, ALE, áreas del desarrollo, EN y ALA en verde o, 1 o más FRB o, 1 o más ALE presentes	 Desarrollo Normal	a) Seguir indicaciones para la Promoción y Vigilancia del Desarrollo Infantil.

* El niño deberá continuar en el Programa de Estimulación Temprana establecido hasta obtener los resultados de la Prueba Battelle.

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO		SI	NO
1.	Asistencia a dos o menos consultas prenatales.	SI	NO
2.	Presencia de sangrados, infecciones de vías urinarias o cervicovaginitis, presión alta y enfermedades sistémicas durante el embarazo.	SI	NO
3.	Gestación menor a 34 semanas.	SI	NO
4.	Peso del niño al nacer igual o menor a 1500 g.	SI	NO
5.	Retardo en la respiración o circular de cordón durante el parto.	SI	NO
6.	Hospitalización del niño en la UCIN o antes del mes de vida con una duración de 4 días o más.	SI	NO
7.	Madre menor a 16 años al momento del parto.	SI	NO

Recomendaciones:

Materiales: Cubos, frasco de boca chica, cuentas, cuadernillo de trazos (student workbook), lápiz y lápiz tricolor, Lámina A, muñeco de tela, estímulo visual, cinta cefálica, pelota antiponchable y tabla de perímetro cefálico.

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN PARA ÁREAS DEL DESARROLLO:

Tres o dos respuestas acreditadas: Verde

Una respuesta acreditada: Amarillo

Ninguna respuesta acreditada: Aplicar reactivos del grupo de edad anterior

EJE		R	A	V
POSICIÓN SENTADO				
ALA9.4	¿Considera que su hijo ha experimentado una pérdida importante y constante de las habilidades que en algún momento tuvo?	SI		NO
EN9.1	Presenta alteración en la movilidad de alguna parte del cuerpo	SI		NO
MF9.1	Coloca dos cubos, uno encima de otro (D)		NO	SI
MF9.2	Mete objetos pequeños en un frasco de boca chica (D)		NO	SI
MF9.3	Si usted le da una hoja de papel y un lápiz, utiliza la punta para tratar de dibujar (si no lo hace D)		NO	SI
ALE9.1	Al preguntarle, "¿dónde está tu papá o tu mamá?", puede señalarlo (Lámina A)		NO	SI
LE9.3	Sabe el nombre de al menos 3 dibujos (Lámina A)		NO	SI
ALA9.1	Dice alguna palabra clara como: "mamá", "papá" o "leche"	NO		SI
LE9.1	Dice 4 palabras además de papá y mamá (carro, leche, pelota, perro)		NO	SI
LE9.2	Señala 2 o 3 partes de su cuerpo		NO	SI
EN 9.2	Presenta alteración o asimetría en la movilidad de los ojos o expresión facial	SI		NO
EN9.3	Presenta perímetro cefálico por arriba o debajo de 2 desviaciones estándar para su edad	SI		NO
POSICIÓN de PIE				
ALA9.2	Camina solo	NO		SI
MG9.2	Patea una pelota (D)		NO	SI
MG9.3	Corre aunque no sea de manera coordinada		NO	SI
ALE9.2	Comprende órdenes sencillas, como "dame la pelota"		NO	SI
MG9.1	¿Puede su niño sentarse solo en una silla pequeña?		NO	SI
SO9.1	¿Utiliza la cuchara para comer?		NO	SI
SO9.2	Cuando va a desvestir a su niño, ¿él le ayuda quitándose parte de su ropa, por ejemplo, los zapatos?		NO	SI
SO9.3	¿A su hijo le gusta imitar las tareas de la casa como barrer o sacudir?		NO	SI
ALE9.3	¿Se enoja mucho y tiene dificultad para calmarse comparado con otros niños de su edad?		SI	NO
ALA9.3	¿Muestra conductas repetitivas o estereotipadas, por ejemplo: balancearse sin parar en su silla o golpear la cabeza con las manos?	SI		NO

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN PARA ÁREAS DEL DESARROLLO DEL GRUPO DE EDAD ANTERIOR

Tres o dos respuestas acreditadas: Amarillo Una o ninguna respuesta acreditada: Rojo

ÁREA		R	A
MG8.1	Cuando está sentado, se para solo	NO	SI
MG8.2	Camina solo	NO	SI
MG8.3	Se agacha para agarrar un objeto del suelo y se pone de pie sin apoyarse en algo	NO	SI
MF8.1	Le gusta sacar y meter cosas de la caja (por lo menos 2 juguetes) (D)	NO	SI
MF8.2	Le gusta tirar o aventar juguetes u otros objetos al suelo	NO	SI
MF8.3	Sin apoyar la mano o el brazo en la mesa, toma una cuenta utilizando las yemas de los dedos	NO	SI
LE8.1	Señala su zapato o alguna parte del cuerpo	NO	SI
LE8.2	¿Dice otra palabra además de papá y mamá?	NO	SI
LE8.3	Cuando quiere algo, se comunica con gestos y sonidos	NO	SI
SO8.1	¿Come solo y sin ayuda?	NO	SI
SO8.2	¿Le gusta abrazar o besar a sus papás?	NO	SI
SO8.3	Obedece órdenes sencillas como: "dame el pato", "trae la pelota", "ven"	NO	SI

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL PRUEBA EDI 2ª ed. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

Nombre del niño (a) _____
Sexo _____ Edad gestacional _____ Talla _____
Peso al nacer _____ Peso actual _____ Hb _____
Escolarizado (SI) (NO) Duración de lactancia materna _____
Nombre del evaluador _____

Nombre de la mamá _____
Edad _____ Escolaridad (Años) _____ Ocupación _____
Programa: Prospera() Seguro Popular() Otro() Ninguno()
Población: Urbana() Rural() Indígena()
Unidad de salud: _____

CÁLCULO DE EDAD Y PUNTO DE INICIO			
Fecha	Año	Mes	Día
Evaluación			
Nacimiento			
Edad Cronológica			
Edad en meses y días	Años=12 + meses		
Ajuste por prematuridad $40 - () = () \times 7 =$	Menor a 24 meses		
Edad corregida en meses y días			

CALIFICACIÓN POR EJE	Resultado por reactivo			Total
Área del desarrollo: Motriz gruesa				
Área del desarrollo: Motriz fina				
Área del desarrollo: Lenguaje				
Área del desarrollo: Social				
Exploración Neurológica				
Señales de Alarma				

En este caso el resultado será en cifras: FRB _____ ALE _____

Rango de edad	Clasificación EDI
1 mes a 1 mes 29 días	GRUPO 1
2 meses a 2 meses 29 días	GRUPO 2
3 meses a 3 meses 29 días	GRUPO 3
4 meses a 4 meses 29 días	GRUPO 4
5 meses a 6 meses 29 días	GRUPO 5
7 meses a 9 meses 29 días	GRUPO 6
10 meses a 12 meses 29 días	GRUPO 7
13 meses a 15 meses 29 días	GRUPO 8
16 meses a 18 meses 29 días	GRUPO 9
19 meses a 24 meses 29 días	GRUPO 10
25 meses a 30 meses 29 días	GRUPO 11
31 meses a 36 meses 29 días	GRUPO 12
37 meses a 48 meses 29 días	GRUPO 13
49 meses a 59 meses 29 días	GRUPO 14

Criterios de Calificación para la Clasificación y Referencia Tabla C (Grupos 5 al 14)		
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN	CLASIFICACIÓN	REFERENCIA CORRESPONDIENTE
1 o más áreas del desarrollo en rojo o, 1 o más ALA en rojo o, 1 o más reactivos de la EN en rojo.	 Riesgo de Retraso en el Desarrollo	Menor de 16 meses: a) Referir a pediatría para valoración específica. Mayor de 16 meses: a) Referir a psicología para aplicación de la Prueba Battelle. b) Referir a pediatría para valoración específica. Ambos: a) Ingresar al Programa de Estimulación Temprana. b) Aplicación de la Prueba EDI 3 meses después.
1 o más áreas del desarrollo en amarillo.	 Rezago en el Desarrollo	a) Ingresar al Programa de Estimulación Temprana. b) Aplicación de la Prueba EDI 3 meses después. c) Si el niño es calificado en amarillo en dos ocasiones consecutivas se clasificará como ROJO.*
- Todos los FRB, ALE, áreas del desarrollo, EN y ALA en verde o, 1 o más FRB o, 1 o más ALE presentes	 Desarrollo Normal	a) Seguir indicaciones para la Promoción y Vigilancia del Desarrollo Infantil.

* El niño deberá continuar en el Programa de Estimulación Temprana establecido hasta obtener los resultados de la Prueba Battelle.

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO		SI	NO
1.	Asistencia a dos o menos consultas prenatales.	SI	NO
2.	Presencia de sangrados, infecciones de vías urinarias o cervicovaginitis, presión alta y enfermedades sistémicas durante el embarazo.	SI	NO
3.	Gestación menor a 34 semanas.	SI	NO
4.	Peso del niño al nacer igual o menor a 1500 g.	SI	NO
5.	Retardo en la respiración o circular de cordón durante el parto.	SI	NO
6.	Hospitalización del niño en la UCIN o antes del mes de vida con una duración de 4 días o más.	SI	NO
7.	Madre menor a 16 años al momento del parto.	SI	NO

Recomendaciones:

Materiales: Frasco con tapa rosca, alcancía de cochinito con 4 fichas, estímulo visual, cinta cefálica, pelota antiponchable y tabla de perímetro cefálico.

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN PARA ÁREAS DEL DESARROLLO:

Tres o dos respuestas acreditadas: Verde

Una respuesta acreditada: Amarillo

Ninguna respuesta acreditada: Aplicar reactivos del grupo de edad anterior

EJE		R	A	V
POSICIÓN SENTADO				
ALA10.2	¿Considera que su hijo ha experimentado una pérdida importante y constante de las habilidades que en algún momento tuvo?	SI		NO
EN10.1	Presenta alteración en la movilidad de alguna parte del cuerpo	SI		NO
MF10.1	Intenta abrir un frasco girando la mano (D)		NO	SI
MF10.2	Mete al menos 3 fichas en la alcancía (D)		NO	SI
EN10.2	Presenta alteración o asimetría en la movilidad de los ojos o expresión facial	SI		NO
EN10.3	Presenta perímetro cefálico por arriba o debajo de 2 desviaciones estándar para su edad	SI		NO
POSICIÓN de PIE				
ALA10.1	Cuando camina, presenta una forma inmadura de hacerlo, primero apoya los dedos y luego el talón o después de varios meses sólo apoya las puntas de los pies	SI		NO
MG10.2	Corre sin caerse		NO	SI
MG10.3	Patea la pelota sin perder el equilibrio		NO	SI
ALE10.1	Tiene dificultad para seguir órdenes como "ve con tu mamá"		SI	NO
LE10.3	Obedece órdenes sencillas "dame la pelota"		NO	SI
LE10.1	Dice frases de 2 palabras "mira mamá "ten mamá"		NO	SI
ALE10.2	Se le dificulta mucho relacionarse con personas que no le son familiares		SI	NO
ALE10.3	Muestra indiferencia excesiva al entorno, parece no interesarle nada de lo que sucede a su alrededor		SI	NO
LE10.2	¿Dice 8 o más palabras además de mamá y papá?		NO	SI
MF10.3	¿Puede comer ayudándose de una cuchara sin tirar la comida?		NO	SI
MG10.1	¿Puede su niño subirse solo a los muebles?		NO	SI
SO10.1	¿Trata de hacer las cosas solo y se molesta cuando no lo dejan?		NO	SI
SO10.2	¿Avisa cuando tiene sucio el pañal?		NO	SI
SO10.3	¿Le pide ayuda cuando quiere algo que no alcanza?		NO	SI

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN PARA ÁREAS DEL DESARROLLO DEL GRUPO DE EDAD ANTERIOR

Tres o dos respuestas acreditadas: Amarillo Una o ninguna respuesta acreditada: Rojo

ÁREA		R	A
MG9.1	¿Puede su niño sentarse solo en una silla pequeña?	NO	SI
MG9.2	Patea una pelota (D)	NO	SI
MG9.3	Corre aunque no sea de manera coordinada	NO	SI
MF9.1	Coloca dos cubos, uno encima de otro	NO	SI
MF9.2	Mete objetos pequeños en un frasco de boca chica (D)	NO	SI
MF9.3	Si usted le da una hoja de papel y un lápiz, utiliza la punta para tratar de dibujar (si no lo hace D)	NO	SI
LE9.1	Dice 4 palabras además de papá y mamá (carro, leche, pelota, perro)	NO	SI
LE9.2	Señala 2 o 3 partes de su cuerpo	NO	SI
LE9.3	Sabe el nombre de al menos 3 dibujos (Lámina A)	NO	SI
SO9.1	¿Utiliza la cuchara para comer?	NO	SI
SO9.2	Cuando va a desvestir a su niño, ¿él le ayuda quitándose parte de su ropa, por ejemplo, los zapatos?	NO	SI
SO9.3	¿A su hijo le gusta imitar las tareas de la casa como barrer o sacudir?	NO	SI

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL PRUEBA EDI 2ª ed. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

Nombre del niño (a) _____
Sexo _____ Edad gestacional _____ Talla _____
Peso al nacer _____ Peso actual _____ Hb _____
Escolarizado (SI) (NO) Duración de lactancia materna _____
Nombre del evaluador _____

Nombre de la mamá _____
Edad _____ Escolaridad (Años) _____ Ocupación _____
Programa: Prospera() Seguro Popular() Otro() Ninguno()
Población: Urbana() Rural() Indígena()
Unidad de salud: _____

CÁLCULO DE EDAD Y PUNTO DE INICIO			
Fecha	Año	Mes	Día
Evaluación			
Nacimiento			
Edad Cronológica			
Edad en meses y días	Años=12 + meses		

Rango de edad	Clasificación EDI
1 mes a 1 mes 29 días	GRUPO 1
2 meses a 2 meses 29 días	GRUPO 2
3 meses a 3 meses 29 días	GRUPO 3
4 meses a 4 meses 29 días	GRUPO 4
5 meses a 6 meses 29 días	GRUPO 5
7 meses a 9 meses 29 días	GRUPO 6
10 meses a 12 meses 29 días	GRUPO 7
13 meses a 15 meses 29 días	GRUPO 8
16 meses a 18 meses 29 días	GRUPO 9
19 meses a 24 meses 29 días	GRUPO 10
25 meses a 30 meses 29 días	GRUPO 11
31 meses a 36 meses 29 días	GRUPO 12
37 meses a 48 meses 29 días	GRUPO 13
49 meses a 59 meses 29 días	GRUPO 14

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO		SI	NO
1.	Asistencia a dos o menos consultas prenatales.	SI	NO
2.	Presencia de sangrados, infecciones de vías urinarias o cervicovaginitis, presión alta y enfermedades sistémicas durante el embarazo.	SI	NO
3.	Gestación menor a 34 semanas.	SI	NO
4.	Peso del niño al nacer igual o menor a 1500 g.	SI	NO
5.	Retardo en la respiración o circular de cordón durante el parto.	SI	NO
6.	Hospitalización del niño en la UCIN o antes del mes de vida con una duración de 4 días o más.	SI	NO
7.	Madre menor a 16 años al momento del parto.	SI	NO

CALIFICACIÓN POR EJE	Resultado por reactivo			Total
Área del desarrollo: Motriz gruesa				
Área del desarrollo: Motriz fina				
Área del desarrollo: Lenguaje				
Área del desarrollo: Social				
Exploración Neurológica				
Señales de Alarma				

En este caso el resultado será en cifras: FRB _____ ALE _____

Criterios de Calificación para la Clasificación y Referencia Tabla C (Grupos 5 al 14)		
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN	CLASIFICACIÓN	REFERENCIA CORRESPONDIENTE
1 o más áreas del desarrollo en rojo o, 1 o más ALA en rojo o, 1 o más reactivos de la EN en rojo.	 Riesgo de Retraso en el Desarrollo	Menor de 16 meses: a) Referir a pediatría para valoración específica. Mayor de 16 meses: a) Referir a psicología para aplicación de la Prueba Battelle. b) Referir a pediatría para valoración específica. Ambos: a) Ingresar al Programa de Estimulación Temprana. b) Aplicación de la Prueba EDI 3 meses después.
1 o más áreas del desarrollo en amarillo.	 Rezago en el Desarrollo	a) Ingresar al Programa de Estimulación Temprana. b) Aplicación de la Prueba EDI 3 meses después. c) Si el niño es calificado en amarillo en dos ocasiones consecutivas se clasificará como ROJO.*
- Todos los FRB, ALE, áreas del desarrollo, EN y ALA en verde o, 1 o más FRB o, 1 o más ALE presentes	 Desarrollo Normal	a) Seguir indicaciones para la Promoción y Vigilancia del Desarrollo Infantil.

* El niño deberá continuar en el Programa de Estimulación Temprana establecido hasta obtener los resultados de la Prueba Battelle.

Recomendaciones:

Materiales: Frasco con tapa rosca, pelota roja, cubos, estímulo visual, cinta cefálica y tabla de perímetro cefálico.

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN PARA ÁREAS DEL DESARROLLO:

Tres o dos respuestas acreditadas: Verde

Una respuesta acreditada: Amarillo

Ninguna respuesta acreditada: Aplicar reactivos del grupo de edad anterior

EJE		R	A	V
POSICIÓN SENTADO				
ALA11.2	¿Considera que su hijo ha experimentado una pérdida importante y constante de las habilidades que en algún momento tuvo?	SI		NO
EN11.1	Presenta alteración en la movilidad de alguna parte del cuerpo	SI		NO
ALA11.1	Muestra indiferencia excesiva al entorno, parece no interesarle nada de lo que sucede a su alrededor	SI		NO
LE11.1	Dice su nombre		NO	SI
MF11.1	Abre un frasco solo		NO	SI
MF11.2	Lanza una pelota con la mano (pelota roja)		NO	SI
MF11.3	Hace hileras con 4 cubos (D)		NO	SI
LE11.2	Utiliza palabras como: yo, mío, él, tú		NO	SI
EN11.2	Presenta alteración o asimetría en la movilidad de los ojos o expresión facial	SI		NO
EN11.3	Presenta perímetro cefálico por arriba o debajo de 2 desviaciones estándar para su edad	SI		NO
POSICIÓN de PIE				
MG11.1	Cuando brinca, levanta los dos pies del suelo a la vez (D)		NO	SI
MG11.3	Se para sobre un solo pie (D)		NO	SI
ALE11.1	Se le dificulta mucho relacionarse con personas que no le son familiares		SI	NO
MG11.2	¿Puede subir o bajar al menos 2 escalones con ayuda?		NO	SI
LE11.3	¿Usa oraciones de 3 palabras, por ejemplo: "quiero mi pelota", "dame mi leche"?		NO	SI
SO11.1	¿Le ayuda a guardar las cosas de la casa en su lugar?		NO	SI
SO11.2	¿Juega a simular cosas que vio?		NO	SI
SO11.3	¿Se lava solo las manos o la cara?		NO	SI
ALE11.2	¿Se frustra fácilmente cuando se le dificulta hacer algo y deja de hacerlo o se pone a llorar?		SI	NO

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN PARA ÁREAS DEL DESARROLLO DEL GRUPO DE EDAD ANTERIOR

Tres o dos respuestas acreditadas: Amarillo

Una o ninguna respuesta acreditada: Rojo

ÁREA		R	A
MG10.1	¿Puede su niño subirse solo a los muebles?	NO	SI
MG10.2	Corre sin caerse	NO	SI
MG10.3	Patea la pelota sin perder el equilibrio	NO	SI
MF10.1	Intenta abrir un frasco girando la mano (D)	NO	SI
MF10.2	Mete al menos 3 fichas en la alcancía (D)	NO	SI
MF10.3	¿Puede comer ayudándose de una cuchara sin tirar la comida?	NO	SI
LE10.1	Dice frases de 2 palabras "mira mamá "ten mamá"	NO	SI
LE10.2	¿Dice 8 o más palabras además de mamá y papá?	NO	SI
LE10.3	Obedece órdenes sencillas "dame la pelota"	NO	SI
SO10.1	¿Trata de hacer las cosas solo y se molesta cuando no lo dejan?	NO	SI
SO10.2	¿Avisa cuando tiene sucio el pañal?	NO	SI
SO10.3	¿Le pide ayuda cuando quiere algo que no alcanza?	NO	SI

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL PRUEBA EDI 2ª ed. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

Nombre del niño (a) _____
Sexo _____ Edad gestacional _____ Talla _____
Peso al nacer _____ Peso actual _____ Hb _____
Escolarizado (SI) (NO) Duración de lactancia materna _____
Nombre del evaluador _____

Nombre de la mamá _____
Edad _____ Escolaridad (Años) _____ Ocupación _____
Programa: Prospera() Seguro Popular() Otro() Ninguno()
Población: Urbana() Rural() Indígena()
Unidad de salud: _____

CÁLCULO DE EDAD Y PUNTO DE INICIO			
Fecha	Año	Mes	Día
Evaluación			
Nacimiento			
Edad Cronológica			
Edad en meses y días	Años=12 + meses		

Rango de edad	Clasificación EDI
1 mes a 1 mes 29 días	GRUPO 1
2 meses a 2 meses 29 días	GRUPO 2
3 meses a 3 meses 29 días	GRUPO 3
4 meses a 4 meses 29 días	GRUPO 4
5 meses a 6 meses 29 días	GRUPO 5
7 meses a 9 meses 29 días	GRUPO 6
10 meses a 12 meses 29 días	GRUPO 7
13 meses a 15 meses 29 días	GRUPO 8
16 meses a 18 meses 29 días	GRUPO 9
19 meses a 24 meses 29 días	GRUPO 10
25 meses a 30 meses 29 días	GRUPO 11
31 meses a 36 meses 29 días	GRUPO 12
37 meses a 48 meses 29 días	GRUPO 13
49 meses a 59 meses 29 días	GRUPO 14

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO		SI	NO
1.	Asistencia a dos o menos consultas prenatales.	SI	NO
2.	Presencia de sangrados, infecciones de vías urinarias o cervicovaginitis, presión alta y enfermedades sistémicas durante el embarazo.	SI	NO
3.	Gestación menor a 34 semanas.	SI	NO
4.	Peso del niño al nacer igual o menor a 1500 g.	SI	NO
5.	Retardo en la respiración o circular de cordón durante el parto.	SI	NO
6.	Hospitalización del niño en la UCIN o antes del mes de vida con una duración de 4 días o más.	SI	NO
7.	Madre menor a 16 años al momento del parto.	SI	NO

CALIFICACIÓN POR EJE	Resultado por reactivo			Total
Área del desarrollo: Motriz gruesa				
Área del desarrollo: Motriz fina				
Área del desarrollo: Lenguaje				
Área del desarrollo: Social				
Exploración Neurológica				
Señales de Alarma				

En este caso el resultado será en cifras: FRB _____ ALE _____

Criterios de Calificación para la Clasificación y Referencia Tabla C (Grupos 5 al 14)		
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN	CLASIFICACIÓN	REFERENCIA CORRESPONDIENTE
1 o más áreas del desarrollo en rojo o, 1 o más ALA en rojo o, 1 o más reactivos de la EN en rojo.	 Riesgo de Retraso en el Desarrollo	Menor de 16 meses: a) Referir a pediatría para valoración específica. Mayor de 16 meses: a) Referir a psicología para aplicación de la Prueba Battelle. b) Referir a pediatría para valoración específica. Ambos: a) Ingresar al Programa de Estimulación Temprana. b) Aplicación de la Prueba EDI 3 meses después.
1 o más áreas del desarrollo en amarillo.	 Rezago en el Desarrollo	a) Ingresar al Programa de Estimulación Temprana. b) Aplicación de la Prueba EDI 3 meses después. c) Si el niño es calificado en amarillo en dos ocasiones consecutivas se clasificará como ROJO.*
- Todos los FRB, ALE, áreas del desarrollo, EN y ALA en verde o, 1 o más FRB o, 1 o más ALE presentes	 Desarrollo Normal	a) Seguir indicaciones para la Promoción y Vigilancia del Desarrollo Infantil.

* El niño deberá continuar en el Programa de Estimulación Temprana establecido hasta obtener los resultados de la Prueba Battelle.

Recomendaciones:

Materiales: Cuentas, frasco con tapa rosca, muñeco de tela, cuadernillo de trazos (student workbook), lápiz y lápiz tricolor, Láminas B, C y D, estímulo visual, cinta cefálica y tabla de perímetro cefálico.

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN PARA ÁREAS DEL DESARROLLO:

Tres o dos respuestas acreditadas: Verde

Una respuesta acreditada: Amarillo

Ninguna respuesta acreditada: Aplicar reactivos del grupo de edad anterior

EJE		R	A	V
POSICIÓN SENTADO				
ALA12.4	¿Considera que su hijo ha experimentado una pérdida importante y constante de las habilidades que en algún momento tuvo?	SI		NO
EN12.1	Presenta alteración en la movilidad de alguna parte del cuerpo	SI		NO
ALE12.3	Hace contacto visual cuando alguien le habla		NO	SI
ALE12.1	Le cuesta trabajo manipular objetos pequeños como cuentas (si no lo hace D)		SI	NO
MF12.1	Abotona una prenda de vestir (D) (muñeco de tela)		NO	SI
MF12.3	Imita trazos verticales y horizontales (student workbook y lápiz)		NO	SI
ALA12.1	Babea constantemente o habla de manera poco entendible	SI		NO
LE12.1	Dice su edad		NO	SI
LE12.3	Cuando habla utiliza el plural de las palabras: perros, juguetes, niños, etc. (Láminas B, C y D)		NO	SI
LE12.2	Cuando está con personas que no conoce, éstas entienden la mayoría de las palabras que dice		NO	SI
EN12.2	Presenta alteración o asimetría en la movilidad de los ojos o expresión facial	SI		NO
EN12.3	Presenta perímetro cefálico por arriba o debajo de 2 desviaciones estándar para su edad	SI		NO
POSICIÓN de PIE				
MF12.2	Levanta una cuenta del suelo utilizando dedos índice y pulgar (D)		NO	SI
MG12.1	Se agacha fácilmente hacia adelante sin caerse (D)		NO	SI
MG12.2	Camina sobre la punta de sus pies (D)		NO	SI
MG12.3	Camina hacia atrás (D)		NO	SI
ALE12.2	Tiene dificultad para seguir instrucciones sencillas como: "Ve con tu mamá"		SI	NO
ALE12.4	Le cuesta mucho trabajo separarse de su mamá o de la persona que lo cuida y cuando se alejan de él, se pone a llorar		SI	NO
SO12.3	Se separa fácilmente de sus padres		NO	SI
SO12.1	¿Juega con otros niños?		NO	SI
SO12.2	¿Entiende la diferencia entre mío y tuyo?		NO	SI
ALA12.2	¿Se comunica con palabras aisladas, es decir, no forma oraciones como: "mamá quiero leche", y sólo dice "leche"?	SI		NO
ALA12.3	¿Se cae frecuentemente y le cuesta trabajo subir y bajar escaleras?	SI		NO
ALE12.5	¿Tiene interés por sus juguetes? Es decir, los ocupa para jugar o los ve como cosas; por ejemplo: ¿Juega rodando sus carritos o sólo los ocupa para ordenarlos?		NO	SI

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN PARA ÁREAS DEL DESARROLLO DEL GRUPO DE EDAD ANTERIOR

Tres o dos respuestas acreditadas: Amarillo

Una o ninguna respuesta acreditada: Rojo

ÁREA		R	A
MG11.1	Cuando brinca, levanta los dos pies del suelo a la vez (D)	NO	SI
MG11.2	¿Puede subir o bajar al menos 2 escalones con ayuda?	NO	SI
MG11.3	Se para sobre un solo pie (D)	NO	SI
MF11.1	Abre un frasco solo	NO	SI
MF11.2	Lanza una pelota con la mano (pelota roja)	NO	SI
MF11.3	Hace hileras con 4 cubos (D)	NO	SI
LE11.1	Dice su nombre	NO	SI
LE11.2	Utiliza palabras como: yo, mío, él, tú	NO	SI
LE11.3	¿Usa oraciones de 3 palabras, por ejemplo: "quiero mi pelota", "dame mi leche"?	NO	SI
SO11.1	¿Le ayuda a guardar las cosas de la casa en su lugar?	NO	SI
SO11.2	¿Juega a simular cosas que vio?	NO	SI
SO11.3	¿Se lava solo las manos o la cara?	NO	SI

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL PRUEBA EDI 2ª ed. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

Nombre del niño (a) _____
Sexo _____ Edad gestacional _____ Talla _____
Peso al nacer _____ Peso actual _____ Hb _____
Escolarizado (SI) (NO) Duración de lactancia materna _____
Nombre del evaluador _____

Nombre de la mamá _____
Edad _____ Escolaridad (Años) _____ Ocupación _____
Programa: Prospera() Seguro Popular() Otro() Ninguno()
Población: Urbana() Rural() Indígena()
Unidad de salud: _____

CÁLCULO DE EDAD Y PUNTO DE INICIO			
Fecha	Año	Mes	Día
Evaluación			
Nacimiento			
Edad Cronológica			
Edad en meses y días	Años=12 + meses		

Rango de edad	Clasificación EDI
1 mes a 1 mes 29 días	GRUPO 1
2 meses a 2 meses 29 días	GRUPO 2
3 meses a 3 meses 29 días	GRUPO 3
4 meses a 4 meses 29 días	GRUPO 4
5 meses a 6 meses 29 días	GRUPO 5
7 meses a 9 meses 29 días	GRUPO 6
10 meses a 12 meses 29 días	GRUPO 7
13 meses a 15 meses 29 días	GRUPO 8
16 meses a 18 meses 29 días	GRUPO 9
19 meses a 24 meses 29 días	GRUPO 10
25 meses a 30 meses 29 días	GRUPO 11
31 meses a 36 meses 29 días	GRUPO 12
37 meses a 48 meses 29 días	GRUPO 13
49 meses a 59 meses 29 días	GRUPO 14

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO		SI	NO
1.	Asistencia a dos o menos consultas prenatales.	SI	NO
2.	Presencia de sangrados, infecciones de vías urinarias o cervicovaginitis, presión alta y enfermedades sistémicas durante el embarazo.	SI	NO
3.	Gestación menor a 34 semanas.	SI	NO
4.	Peso del niño al nacer igual o menor a 1500 g.	SI	NO
5.	Retardo en la respiración o circular de cordón durante el parto.	SI	NO
6.	Hospitalización del niño en la UCIN o antes del mes de vida con una duración de 4 días o más.	SI	NO
7.	Madre menor a 16 años al momento del parto.	SI	NO

CALIFICACIÓN POR EJE	Resultado por reactivo			Total
Área del desarrollo: Motriz gruesa				
Área del desarrollo: Motriz fina				
Área del desarrollo: Lenguaje				
Área del desarrollo: Social				
Área del desarrollo: Conocimiento				
Exploración Neurológica				
Señales de Alarma				

En este caso el resultado será en cifras: FRB _____ ALE _____

Criterios de Calificación para la Clasificación y Referencia Tabla C (Grupos 5 al 14)		
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN	CLASIFICACIÓN	REFERENCIA CORRESPONDIENTE
1 o más áreas del desarrollo en rojo o, 1 o más ALA en rojo o, 1 o más reactivos de la EN en rojo.	 Riesgo de Retraso en el Desarrollo	Menor de 16 meses: a) Referir a pediatría para valoración específica. Mayor de 16 meses: a) Referir a psicología para aplicación de la Prueba Battelle. b) Referir a pediatría para valoración específica. Ambos: a) Ingresar al Programa de Estimulación Temprana. b) Aplicación de la Prueba EDI 3 meses después.
1 o más áreas del desarrollo en amarillo.	 Rezago en el Desarrollo	a) Ingresar al Programa de Estimulación Temprana. b) Aplicación de la Prueba EDI 3 meses después. c) Si el niño es calificado en amarillo en dos ocasiones consecutivas se clasificará como ROJO.*
- Todos los FRB, ALE, áreas del desarrollo, EN y ALA en verde o, 1 o más FRB o, 1 o más ALE presentes	 Desarrollo Normal	a) Seguir indicaciones para la Promoción y Vigilancia del Desarrollo Infantil.

* El niño deberá continuar en el Programa de Estimulación Temprana establecido hasta obtener los resultados de la Prueba Battelle.

Recomendaciones:

Materiales: Cuentas para ensartar con agujeta, bloc de hojas, lápiz y lápiz tricolor, discos de 10 colores diferentes, estímulo visual, cinta cefálica, pelota antiponchable y tabla de perímetro cefálico.

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN PARA ÁREAS DEL DESARROLLO:

Tres o dos respuestas acreditadas: Verde

Una respuesta acreditada: Amarillo

Ninguna respuesta acreditada: Aplicar reactivos del grupo de edad anterior

EJE		R	A	V
POSICIÓN SENTADO				
ALA13.3	¿Considera que su hijo ha experimentado una pérdida importante y constante de las habilidades que en algún momento tuvo?	SI		NO
EN13.1	Presenta alteración en la movilidad de alguna parte del cuerpo	SI		NO
MF13.1	Mete una agujeta o cordón por los agujeros de una cuenta (D)		NO	SI
ALE13.1	Toma el lápiz tricolor con los dedos índice y pulgar		NO	SI
MF13.3	Dibuja un círculo o una cruz (bloc de hojas y lápiz)		NO	SI
ALA13.1	Copia un círculo en una hoja de papel (bloc de hojas y lápiz)	NO		SI
MF13.2	Dibuja un niño con 2 o más partes del cuerpo (bloc de hojas y lápiz)		NO	SI
CO 13.1	Conoce los nombres de 4 colores (discos de 10 colores)		NO	SI
CO13.2	Dice los nombres de 2 o más números (discos de 10 colores)		NO	SI
CO13.3	Sabe contar una parte del cuento que le hayan contado o leído previamente		NO	SI
LE13.1	Dice lo que quiere con palabras		NO	SI
LE13.2	Platica algo de lo que hizo ayer "¿Qué hiciste ayer?", "¿A dónde fuiste ayer?"		NO	SI
ALA13.2	Dice una oración con al menos 3 palabras, por ejemplo: "mamá dame leche"	NO		SI
EN13.2	Presenta alteración o asimetría en la movilidad de los ojos o expresión facial	SI		NO
EN13.3	Presenta perímetro cefálico por arriba o debajo de 2 desviaciones estándar para su edad	SI		NO
POSICIÓN de PIE				
MG13.1	Salta en un solo pie en el mismo lugar por lo menos 3 veces (D)		NO	SI
MG13.2	Cuando le avientan una pelota, puede cazarla (pelota antiponchable)		NO	SI
ALE13.2	Le cuesta mucho trabajo separarse de su mamá o de la persona que lo cuida y cuando se alejan de él se pone a llorar		SI	NO
ALE13.3	Cuando está con otros niños, ¿los ignora y prefiere jugar solo?		SI	NO
MG13.3	¿Sube y baja las escaleras sin apoyarse de la pared o el barandal?		NO	SI
LE13.3	¿Frecuentemente pregunta el "por qué" de las cosas?		NO	SI
SO13.1	¿Puede vestirse y desvestirse solo?		NO	SI
SO13.2	¿Puede ir al baño solo?		NO	SI
SO13.3	¿Juega con otros niños al papá o a la mamá, al doctor o policías y ladrones?		NO	SI

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN PARA ÁREAS DEL DESARROLLO DEL GRUPO DE EDAD ANTERIOR

Tres o dos respuestas acreditadas: Amarillo Una o ninguna respuesta acreditada: Rojo

ÁREA		R	A
MG12.1	Se agacha fácilmente hacia adelante sin caerse (D)	NO	SI
MG12.2	Camina sobre la punta de sus pies (D)	NO	SI
MG12.3	Camina hacia atrás (D)	NO	SI
MF12.1	Abotona una prenda de vestir (D) (muñeco de tela)	NO	SI
MF12.2	Levanta una cuenta del suelo utilizando dedos índice y pulgar	NO	SI
MF12.3	Imita trazos verticales y horizontales (student workbook y lápiz)	NO	SI
LE12.1	Dice su edad	NO	SI
LE12.2	Cuando está con personas que no conoce, éstas entienden la mayoría de las palabras que dice	NO	SI
LE12.3	Cuando habla utiliza el plural de las palabras: perros, juguetes, niños, etc. (Lámina B, C y D)	NO	SI
SO12.1	¿Juega con otros niños?	NO	SI
SO12.2	¿Entiende la diferencia entre mío y tuyo?	NO	SI
SO12.3	Se separa fácilmente de sus padres	NO	SI
CO-R 1	Sabe decir si es niño o niña	NO	SI
CO-R 2	¿Dice frases como "tengo sueño", "me quiero ir a dormir"?	NO	SI
CO-R 3	Hace preguntas como: ¿Quién?, ¿Cuándo?, ¿Dónde?, ¿Por qué?	NO	SI

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL PRUEBA EDI 2ª ed. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

Nombre del niño (a) _____
Sexo _____ Edad gestacional _____ Talla _____
Peso al nacer _____ Peso actual _____ Hb _____
Escolarizado (SI) (NO) Duración de lactancia materna _____
Nombre del evaluador _____

Nombre de la mamá _____
Edad _____ Escolaridad (Años) _____ Ocupación _____
Programa: Prospera() Seguro Popular() Otro() Ninguno()
Población: Urbana() Rural() Indígena()
Unidad de salud: _____

CÁLCULO DE EDAD Y PUNTO DE INICIO			
Fecha	Año	Mes	Día
Evaluación			
Nacimiento			
Edad Cronológica			
Edad en meses y días	Años=12 + meses		

Rango de edad	Clasificación EDI
1 mes a 1 mes 29 días	GRUPO 1
2 meses a 2 meses 29 días	GRUPO 2
3 meses a 3 meses 29 días	GRUPO 3
4 meses a 4 meses 29 días	GRUPO 4
5 meses a 6 meses 29 días	GRUPO 5
7 meses a 9 meses 29 días	GRUPO 6
10 meses a 12 meses 29 días	GRUPO 7
13 meses a 15 meses 29 días	GRUPO 8
16 meses a 18 meses 29 días	GRUPO 9
19 meses a 24 meses 29 días	GRUPO 10
25 meses a 30 meses 29 días	GRUPO 11
31 meses a 36 meses 29 días	GRUPO 12
37 meses a 48 meses 29 días	GRUPO 13
49 meses a 59 meses 29 días	GRUPO 14

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO		SI	NO
1.	Asistencia a dos o menos consultas prenatales.	SI	NO
2.	Presencia de sangrados, infecciones de vías urinarias o cervicovaginitis, presión alta y enfermedades sistémicas durante el embarazo.	SI	NO
3.	Gestación menor a 34 semanas.	SI	NO
4.	Peso del niño al nacer igual o menor a 1500 g.	SI	NO
5.	Retardo en la respiración o circular de cordón durante el parto.	SI	NO
6.	Hospitalización del niño en la UCIN o antes del mes de vida con una duración de 4 días o más.	SI	NO
7.	Madre menor a 16 años al momento del parto.	SI	NO

CALIFICACIÓN POR EJE	Resultado por reactivo			Total
Área del desarrollo: Motriz gruesa				
Área del desarrollo: Motriz fina				
Área del desarrollo: Lenguaje				
Área del desarrollo: Social				
Área del desarrollo: Conocimiento				
Exploración Neurológica				
Señales de Alarma				

En este caso el resultado será en cifras: FRB _____ ALE _____

Criterios de Calificación para la Clasificación y Referencia Tabla C (Grupos 5 al 14)		
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN	CLASIFICACIÓN	REFERENCIA CORRESPONDIENTE
1 o más áreas del desarrollo en rojo o, 1 o más ALA en rojo o, 1 o más reactivos de la EN en rojo.	 Riesgo de Retraso en el Desarrollo	Menor de 16 meses: a) Referir a pediatría para valoración específica. Mayor de 16 meses: a) Referir a psicología para aplicación de la Prueba Battelle. b) Referir a pediatría para valoración específica. Ambos: a) Ingresar al Programa de Estimulación Temprana. b) Aplicación de la Prueba EDI 3 meses después.
1 o más áreas del desarrollo en amarillo.	 Rezago en el Desarrollo	a) Ingresar al Programa de Estimulación Temprana. b) Aplicación de la Prueba EDI 3 meses después. c) Si el niño es calificado en amarillo en dos ocasiones consecutivas se clasificará como ROJO.*
- Todos los FRB, ALE, áreas del desarrollo, EN y ALA en verde o, 1 o más FRB o, 1 o más ALE presentes	 Desarrollo Normal	a) Seguir indicaciones para la Promoción y Vigilancia del Desarrollo Infantil.

* El niño deberá continuar en el Programa de Estimulación Temprana establecido hasta obtener los resultados de la Prueba Battelle.

Recomendaciones:

Materiales: Bloc de hojas, lápiz y lápiz tricolor, discos de 10 colores diferentes, cubos, láminas B, C y D, estímulo visual, cinta cefálica, y tabla de perímetro cefálico.

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN PARA ÁREAS DEL DESARROLLO:

Tres o dos respuestas acreditadas: Verde

Una respuesta acreditada: Amarillo

Ninguna respuesta acreditada: Aplicar reactivos del grupo de edad anterior

EJE		R	A	V
POSICIÓN SENTADO				
ALA14.2	¿Considera que su hijo ha experimentado una pérdida importante y constante de las habilidades que en algún momento tuvo?	SI		NO
EN14.1	Presenta alteración en la movilidad de alguna parte del cuerpo	SI		NO
MF14.1	Dibuja un cuadrado (bloc de hojas y lápiz)		NO	SI
MF14.3	Dibuja un niño con 4 o más partes del cuerpo (bloc de hojas y lápiz)		NO	SI
MF14.2	Sabe escribir 2 o más letras (si no lo hace demostrar: V, T, M, A)		NO	SI
CO14.1	Reconoce y dice correctamente el nombre de 4 colores "¿Dónde está el color...?", "¿Qué color es este?"		NO	SI
CO14.2	Cuenta correctamente hasta 10 (cubos)		NO	SI
ALE14.6	Dice correctamente su nombre y apellido		NO	SI
SO14.1	Dice el nombre de 2 de sus amigos		NO	SI
LE14.1	Usa el tiempo futuro "¿Qué vas a hacer mañana?"		NO	SI
LE14.2	Puede contar cuentos		NO	SI
ALE14.1	Cuando habla, usa correctamente los plurales (Láminas B, C y D) y el tiempo pasado, "¿Qué hiciste ayer?", "¿Qué comiste ayer?" "¿A dónde fuiste ayer?"		NO	SI
EN14.2	Presenta alteración o asimetría en la movilidad de los ojos o expresión facial	SI		NO
EN14.3	Presenta perímetro cefálico por arriba o debajo de 2 desviaciones estándar para su edad	SI		NO
POSICIÓN de PIE				
MG14.2	Brinca hacia adelante cayendo con los pies juntos (D)		NO	SI
MG14.3	Brinca con un sólo pie hacia adelante 3 veces cayendo con el mismo pie (D)		NO	SI
ALE14.3	Se distrae fácilmente y le cuesta mucho trabajo concentrarse en alguna actividad por más de 5 minutos		SI	NO
ALE14.4	Actúa tímidamente o se muestra demasiado asustado		SI	NO
ALE14.5	Le cuesta mucho trabajo separarse de su mamá o de la persona que lo cuida y cuando se alejan de él se pone a llorar		SI	NO
ALE14.8	Constantemente se le ve inactivo y poco interesado en lo que pasa a su alrededor		SI	NO
ALA14.1	Cuando está con otros niños, ¿los ignora y prefiere jugar solo?	SI		NO
CO14.3	Cuando habla, ¿utiliza las palabras ayer, hoy y mañana?		NO	SI
ALE14.2	¿Puede vestirse o desvestirse solo?, por ejemplo: abotonar o desabotonar una prenda, ponerse o quitarse la ropa		NO	SI
ALE14.7	¿Expresa de manera pobre sus emociones?		SI	NO
MG14.1	¿Sabe su niño darse marometas?		NO	SI
LE14.3	¿Dice "dame más" cuando algo le gusta mucho?		NO	SI
SO14.2	¿Le gusta jugar al papá o a la mamá o actuar como otra persona de la familia?		NO	SI
SO14.3	¿Se puede bañar solo?		NO	SI

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN PARA ÁREAS DEL DESARROLLO DEL GRUPO DE EDAD ANTERIOR

Tres o dos respuestas acreditadas: Amarillo Una o ninguna respuesta acreditada: Rojo

ÁREA		R	A
MG13.1	Salta en un solo pie en el mismo lugar por lo menos 3 veces (D)	NO	SI
MG13.2	Cuando le avientan una pelota, puede cazarla (pelota antiponchable)	NO	SI
MG13.3	¿Sube y baja las escaleras sin apoyarse de la pared o el barandal?	NO	SI
MF13.1	Mete una agujeta o cordón por los agujeros de una cuenta (D)	NO	SI
MF13.2	Dibuja un niño con 2 o más partes del cuerpo (bloc de hojas y lápiz)	NO	SI
MF13.3	Dibuja un círculo o una cruz (bloc de hojas y lápiz)	NO	SI
LE13.1	Dice lo que quiere con palabras	NO	SI
LE13.2	Platica algo de lo que hizo ayer "¿Qué hiciste ayer?", "¿A dónde fuiste ayer?"	NO	SI
LE13.3	¿Frecuentemente pregunta el "por qué" de las cosas?	NO	SI
SO13.1	¿Puede vestirse y desvestirse solo?	NO	SI
SO13.2	¿Puede ir al baño solo?	NO	SI
SO13.3	¿Juega con otros niños al papá o a la mamá, al doctor o policías y ladrones?	NO	SI
CO13.1	Conoce los nombres de 4 colores (discos de 10 colores)	NO	SI
CO13.2	Dice los nombres de 2 o más números (discos de 10 colores)	NO	SI
CO13.3	Sabe contar una parte del cuento que le hayan contado o leído previamente	NO	SI

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL PRUEBA EDI 2ª ed. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

Nombre del niño (a) _____
 Sexo _____ Edad gestacional _____ Talla _____
 Peso al nacer _____ Peso actual _____ Hb _____
 Escolarizado (SI) (NO) Duración de lactancia materna _____
 Nombre del evaluador _____

Nombre de la mamá _____
 Edad Escolaridad (Años) Ocupación _____
 Programa: Prospera() Seguro Popular() Otro() Ninguno() Población:
 Urbana() Rural() Indígena()
 Unidad de salud: _____

CÁLCULO DE EDAD Y PUNTO DE INICIO			
Fecha	Año	Mes	Día
Evaluación			
Nacimiento			
Edad Cronológica			
Edad en meses y días	Años=12 + meses		

Rango de edad	Clasificación EDI
1 mes a 1 mes 29 días	GRUPO 1
2 meses a 2 meses 29 días	GRUPO 2
3 meses a 3 meses 29 días	GRUPO 3
4 meses a 4 meses 29 días	GRUPO 4
5 meses a 6 meses 29 días	GRUPO 5
7 meses a 9 meses 29 días	GRUPO 6
10 meses a 12 meses 29 días	GRUPO 7
13 meses a 15 meses 29 días	GRUPO 8
16 meses a 18 meses 29 días	GRUPO 9
19 meses a 24 meses 29 días	GRUPO 10
25 meses a 30 meses 29 días	GRUPO 11
31 meses a 36 meses 29 días	GRUPO 12
37 meses a 48 meses 29 días	GRUPO 13
49 meses a 59 meses 29 días	GRUPO 14
60 meses a 71 meses 29 días	GRUPO 15

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO		SI	NO
1.	Asistencia a dos o menos consultas prenatales.	SI	NO
2.	Presencia de sangrados, infecciones de vías urinarias o cervicovaginitis, presión alta y enfermedades sistémicas durante el embarazo.	SI	NO
3.	Gestación menor a 34 semanas.	SI	NO
4.	Peso del niño al nacer igual o menor a 1500 g.	SI	NO
5.	Retardo en la respiración o circular de cordón durante el parto.	SI	NO
6.	Hospitalización del niño en la UCIN o antes del mes de vida con una duración de 4 días o más.	SI	NO
7.	Madre menor a 16 años al momento del parto.	SI	NO

CALIFICACIÓN POR EJE	Resultado por reactivo			Total
Área del desarrollo: Motriz gruesa				
Área del desarrollo: Motriz fina				
Área del desarrollo: Lenguaje				
Área del desarrollo: Social				
Área del desarrollo: Conocimiento				
Exploración Neurológica				
Señales de Alarma				

En este caso el resultado será en cifras: FRB _____ ALE _____

Criterios de Calificación para la Clasificación y Referencia Tabla C (Grupos 5 al 14)		
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN	CLASIFICACIÓN	REFERENCIA CORRESPONDIENTE
1 o más áreas del desarrollo en rojo o, 1 o más ALA en rojo o, 1 o más reactivos de la EN en rojo.	 Riesgo de Retraso en el Desarrollo	Menor de 16 meses: a) Referir a pediatría para valoración específica. Mayor de 16 meses: a) Referir a psicología para aplicación de la Prueba Battelle. b) Referir a pediatría para valoración específica. Ambos: a) Ingresar al Programa de Estimulación Temprana. b) Aplicación de la Prueba EDI 3 meses después.
1 o más áreas del desarrollo en amarillo.	 Rezago en el Desarrollo	a) Ingresar al Programa de Estimulación Temprana. b) Aplicación de la Prueba EDI 3 meses después. c) Si el niño es calificado en amarillo en dos ocasiones consecutivas se clasificará como ROJO.*
- Todos los FRB, ALE, áreas del desarrollo, EN y ALA en verde o, 1 o más FRB o, 1 o más ALE presentes	 Desarrollo Normal	a) Seguir indicaciones para la Promoción y Vigilancia del Desarrollo Infantil.

* El niño deberá continuar en el Programa de Estimulación Temprana establecido hasta obtener los resultados de la Prueba Battelle.

Recomendaciones:

Materiales: Bloc de hojas, lápiz, cinta adhesiva, tijeras con puntas redondeadas, estímulo visual.

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN PARA ÁREAS DEL DESARROLLO:

Tres o dos respuestas acreditadas: Verde

Una respuesta acreditada: Amarillo

Ninguna respuesta acreditada: Aplicar reactivos del grupo de edad anterior

EJE		R	A	V
POSICIÓN SENTADO				
EN15.1	Presenta alteración en la movilidad de alguna parte del cuerpo	SI		NO
MF15.1	Dibuja un triángulo copiándolo (bloc de hojas y lápiz)		NO	SI
CO15.1	Escribe dos números o 2 letras (bloc de hojas y lápiz)		NO	SI
MF15.3	Corta el papel con tijeras de punta redonda siguiendo una línea recta, teniendo 1 cm de margen de error		NO	SI
LE15.1	Habla con suficiente claridad para que otros lo entiendan		NO	SI
LE15.2	Comunica sus emociones diciendo: “feliz”, “triste” y “enojado”? Si recibes regalos, ¿Cómo te sientes?		NO	SI
CO15.2	Completa oraciones con la palabra que significa lo opuesto “El conejo es rápido, la tortuga es...”.		NO	SI
CO15.3	Identifica el valor de dos o más monedas o billetes		NO	SI
MF15.2	Toca la punta de su dedo pulgar con la punta de cada dedo de la misma mano consecutivamente		NO	SI
LE15.3	Sigue órdenes verbales de tres pasos, por ejemplo: “aplaude, dame el lápiz y ponte de pie”		NO	SI
ALE15.1	El niño necesita acercarse mucho a los objetos que le llaman la atención o inclina la cabeza para verlos		SI	NO
ALE15.4	Se distrae fácilmente y le cuesta mucho trabajo concentrarse por más de cinco minutos		SI	NO
EN15.2	Presenta alteración o asimetría en la movilidad de los ojos o expresión facial	SI		NO
POSICIÓN de PIE				
MG15.1	Brinca con un solo pie hacia adelante siete veces cayendo con el mismo pie (D)		NO	SI
MG15.2	Brinca hacia atrás con los pies juntos (D)		NO	SI
MG15.3	Camina siguiendo una línea recta, juntando el talón de un pie con la punta del otro pie, por lo menos cinco		NO	SI
ALE15.2	El niño se cae frecuentemente al correr		SI	NO
SO15.3	¿Espera su turno con facilidad cuando interactúa con sus compañeros, maestros o cuidadores primarios?		NO	SI
SO15.1	¿La mayoría de las veces comparte fácilmente sus cosas con otros niños?		NO	SI
SO15.2	¿Le gusta ir a la escuela?		NO	SI
ALE15.3	¿El niño se orina en la cama por las noches?		SI	NO
ALA15.1	¿Presenta dolores de cabeza persistentes, visión borrosa o mareo?	SI		NO
ALA15.2	¿Presenta dificultad para cepillarse los dientes, lavarse y secarse las manos o desvestirse sin ayuda?	SI		NO
ALA15.3	¿Presenta miedo, agresión, timidez o tristeza en mayor intensidad que los niños de su edad? Más de 3 días	SI		NO

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN PARA ÁREAS DEL DESARROLLO DEL GRUPO DE EDAD ANTERIOR

Tres o dos respuestas acreditadas: Amarillo Una o ninguna respuesta acreditada: Rojo

AREA		R	A
MG14.1	¿Sabe su niño darse marometas?	NO	SI
MG14.2	Brinca hacia adelante cayendo con los pies juntos (D)	NO	SI
MG14.3	Brinca con un sólo pie hacia adelante 3 veces cayendo con el mismo pie (D)	NO	SI
MF14.1	Dibuja un cuadrado (bloc de hojas y lápiz)	NO	SI
MF14.2	Sabe escribir 2 o más letras (si no lo hace demostrar: V, T, M, A)	NO	SI
MF14.3	Dibuja un niño con 4 o más partes del cuerpo (bloc de hojas y lápiz)	NO	SI
LE14.1	Usa el tiempo futuro “¿Qué vas a hacer mañana?”	NO	SI
LE14.2	Puede contar cuentos	NO	SI
LE14.3	¿Dice “dame más” cuando algo le gusta mucho?	NO	SI
SO14.1	Dice el nombre de 2 de sus amigos	NO	SI
SO14.2	¿Le gusta jugar al papá o a la mamá o actuar como otra persona de la familia?	NO	SI
SO14.3	¿Se puede bañar solo?	NO	SI
CO14.1	Reconoce y dice correctamente el nombre de 4 colores “¿Dónde está el color...?”, “¿Qué color es este?”	NO	SI
CO14.2	Cuenta correctamente hasta 10 (cubos)	NO	SI
CO14.3	Cuando habla, ¿utiliza las palabras ayer, hoy y mañana?	NO	SI

“PROMOCIÓN Y ATENCIÓN AL DESARROLLO INFANTIL EN TLALPAN”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente consentimiento informado, yo _____, acepto libre y voluntariamente las actividades o acciones que el personal de salud de esta acción social considere necesarias para el seguimiento de la/el niña(o) _____ dela/del que soy responsable legalmente.

Se me mencionaron las evaluaciones que se pueden hacer en beneficio de la acción social, dependiendo de las necesidades que presente mi niña(o), como son:

Aplicación de pruebas de **tamizaje del neurodesarrollo infantil** que tienen como objetivo identificar riesgos para alteraciones o retrasos en el neurodesarrollo, como son, la Prueba EDI (Evaluación del Desarrollo Infantil) y la escala VEANME (Valoración del Espectro Autista en Niños Mexicanos) para identificar riesgos en el neurodesarrollo.

Seguimiento nutricional y del crecimiento mediante mediciones somatométricas (peso, talla, perímetro cefálico) para identificar riesgos en su estado nutricional y alimentario.

Las personas encargadas de la evaluación me explicaron detalladamente qué valoraciones, pruebas o cuestionarios serán aplicados y los fines de cada uno, asimismo, al finalizar las valoraciones se me indicaron los resultados obtenidos en el neurodesarrollo y me brindaron estrategias para: 1) alcanzar un estado de mayor salud, 2) un mejor desarrollo infantil a mediano y largo plazo, 3) favorecer el aprendizaje de mi niña(o) y 4) prevenir dificultades a futuro. Asimismo, se me comunicó las acciones a tomar de acuerdo a las necesidades de mi niña(o) (Referencia al Centro de Promoción y Atención al Desarrollo Infantil “Xilotl”).

También se me informó que ninguna de las actividades realizadas son inseguras o perjudiciales para mi niña(o) y que yo estaré en todo momento con ella(él) cuidando de su seguridad.

Asimismo, se me solicitó permiso para que personal de la acción social pueda tomar fotos y videos de las actividades que se realizan conmigo y con mi niña(o) cuidando su integridad, lo cual, servirá como evidencia de las actividades realizadas y a modo de material audiovisual. Cabe mencionar, que siempre se cuidará la imagen de la/el niña(o), tratando que su rostro no salga directamente a cuadro, ni algún otro aspecto que pueda identificarle.

Por último, se me ha informado que la información que se obtengan de cada una de las acciones o actividades realizadas en la acción social puede ser utilizada con fines de investigación presentes o futuras, en las cuales se mantendrá el anonimato de mis datos personales, ya que en los reportes de investigación solo se presentan resultados del colectivo de niñas y niños evaluados, sin mencionar nombres u otros datos de identificación. En caso de tener alguna duda o queja, se me informó que puedo dirigirme a las oficinas de la Dirección de Salud de la Alcaldía Tlalpan ubicadas en Coscomate 90, Col. Toriello Guerra, Tlalpan; o llamar al número de teléfono 5551714470 o bien, con la J. U. D. de Atención a Personas con Discapacidad en el Centro de Promoción y Atención al Desarrollo Infantil “Xilotl”, ubicado en Calzada de las Brujas #354, Col. Tres Fuentes Coapa, C. P. 14309, o llamar al número de teléfono 5555941667.

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE AUTORIZACIÓN
DE LA MADRE /TUTORA

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE TESTIGO

Aviso de Privacidad

Los datos personales de las personas beneficiarias de la Acción Social y la información adicional generada y administrada, se regirá por lo establecido en la Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México, la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, así como los Lineamientos Generales sobre Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, y quedará a resguardo en la J.U.D. de Atención a Personas con Discapacidad, ubicada en Calz. de las Brujas 354, Coapa, Tres Fuentes Coapa (Ex Hacienda Coapa), 14309, Tlalpan, Ciudad de México. El sistema de datos personales se encuentra en proceso y se podrá consultar en la siguiente dirección: <http://micrositio transparencia.tlalpan.cdmx.gob.mx/>

VALORACIÓN DEL ESPECTRO AUTISTA EN NIÑOS MEXICANOS (VEANME)

Fecha: _____

Nombre de niña(o): _____ Edad: _____ Folio (# de registro): _____ Localidad: _____

Nombre de la persona cuidadora: _____ Nombre de persona que asesora el llenado: _____

Marque la columna correspondiente, según el comportamiento de su hijo(a)	Actual			Antes		
	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Casi nunca	A veces	Casi siempre
*1. ¿A su hijo(a) le gusta recibir expresiones de afecto físico como abrazos, besos, si usted le da los brazos él aceptase cargado?, si se cae ¿se deja consolar?	2	1	0	2	1	0
*2. ¿A su hijo(a) le interesa jugar con otros niños(as) de su edad?	2	1	0	2	1	0
*3. ¿Su hijo(a) juega imaginando a la comida, a que habla por teléfono, o a que maneja un coche o que es un personaje de la TV?	2	1	0	2	1	0
*4. ¿Su hijo(a) usa su dedo para señalar algo que necesita como leche, galletas, agua, la puerta para abrirla?	2	1	0	2	1	0
*5. ¿Su hijo(a) usa su dedo para señalar algo que le gusta o le interesa como juguetes, una fuente de agua, globos?	2	1	0	2	1	0
6. ¿Mientras juega, a su hijo(a) le gusta oler, lamer u observar demasiado un objeto o juguete que tiene en sus manos?	0	1	2	0	1	2
*7. ¿Su hijo(a) le trae o muestra cosas que le gustan como juguetes, objetos, dibujos, trabajos que hizo en la escuela? ¿Solo por compartir la emoción?	2	1	0	2	1	0
*8. ¿Cuándo le habla a su hijo(a), él/ella volte a mirarla por más de 2 segundos?	2	1	0	2	1	0
*9. ¿Cuándo otras personas le hablan a su hijo(a), él/ella los mira directamente a los ojos por más de dos segundos?	2	1	0	2	1	0
10. ¿A su hijo(a) le alteran los ruidos fuertes de la aspiradora, licuadora, el ruido metálico del choque de cubiertos de los carros del supermercado?	0	1	2	0	1	2
*11. ¿Cuándo usted sonríe a su hijo(a), él/ella le responde con una sonrisa?	2	1	0	2	1	0
*12. ¿Su hijo(a) imita actividades que usted realiza cotidianamente como peinarse, lavarse los dientes, lavar trastes, limpiar? ¿Se ríe cuando los demás se ríen? Si los demás muestran curiosidad por algo él/ella también lo hace?	2	1	0	2	1	0
*13. ¿Su hijo(a) responde cuando le llaman por su nombre?	2	1	0	2	1	0
*14. ¿Si usted señala con su dedo un juguete como un globo, objeto o situación como un avión que pasa, su hijo(a) volte a mirarlo?	2	1	0	2	1	0
*15. ¿Su hijo(a) volte a mirar las cosas o situaciones que usted está observando?	2	1	0	2	1	0
16. ¿Su hijo(a) hace movimientos extraños con sus dedos como sacudirlos o mueve sus manitas o deditos enfrente de su cara? ¿Mueve su cabeza de forma especial?	0	1	2	0	1	2
*17. ¿Su hijo(a) intenta atraer su atención a lo que él o ella está haciendo?	2	1	0	2	1	0
18. ¿Ha pensado que su hijo(a) no escucha bien porque al llamarlo por su nombre no responde?	0	1	2	0	1	2
*19. ¿Su hijo(a) entiende órdenes o indicaciones que usted u otras personas le dan?	2	1	0	2	1	0
20. ¿Su hijo(a) se queda mirando fijo, con la mirada perdida por mucho tiempo?	0	1	2	0	1	2
21. ¿Su hijo(a) pasa mucho tiempo girando o caminando de un lado a otro sin sentido?	0	1	2	0	1	2
*22. ¿Su hijo(a) volte a verla cuando ve algo desconocido o nuevo como escaleras eléctricas, aparatos, animales?	2	1	0	2	1	0
23. ¿Su hijo(a) mira por más tiempo a cosas o juguetes que a las personas que le rodean?	0	1	2	0	1	2
24. ¿Su hijo(a) habla de una manera rara, diferente, formal, o peculiar comparado con otros niños de la misma edad?	0	1	2	0	1	2
25. ¿Su hijo(a) habla sobre él mismo en segunda persona (por ejemplo: en vez de decir: "Quiero leche" él dice: "Quieres leche")?	0	1	2	0	1	2
26. ¿Su hijo(a) pone sus manos encima de las de usted o de otras personas con el propósito de usarlas como herramienta o para auxiliarse en sus actividades?	0	1	2	0	1	2
TOTAL						
27. ¿Cree usted que su hijo(a) está teniendo problemas en su desarrollo?				SI	NO	
28. ¿Nota usted que su hijo(a) se comporta diferente que la mayoría de los niños de la misma edad?				SI	NO	
29. ¿Su hijo(a) empezó a hablar y luego se estancó o perdió parte del lenguaje que había adquirido, aunque fueran unas cuantas palabras?				SI	NO	
30. ¿Qué edad tenía su hijo(a) cuando dijo una palabra diferente que papá o mamá? _____ años y _____ meses						

Folio

Tlalpan, Ciudad de Méxicodede 202__.

ASUNTO: Informe de resultados de pruebas de tamizaje del neurodesarrollo y estado nutricional.

A quien corresponda

P R E S E N T E

Por este medio, se informan los resultados obtenidos en la evaluación del desarrollo infantil, que como parte de las acciones realizadas en la Acción Social 2024 “Promoción y Atención al Desarrollo Infantil en Tlalpan” se realizaron a:

Nombre completo de la niña o el niño:

Mujer () Hombre ()

Fecha de nacimiento día mes..... año.....

Edad años meses

Fecha de evaluación día mes..... año.....

Lugar de evaluación

Nombre completo de la persona responsable del niño/niña:.....

I. Con base en los antecedentes perinatales se determinó

Riesgo bajo () Riesgo moderado () Alto riesgo ()

II. Resultados de la Prueba EDI (Evaluación del Desarrollo Infantil)

a) Señales de alerta () No presentes () Si.....

b) Señales de alarma () No presentes () Si

c) Exploración neurológica () Sin alteración () Con riesgo por

d) Áreas del Desarrollo

	Verde	Amarillo	Rojo	No aplica	Observación
Motricidad gruesa					
Motricidad fina					
Lenguaje					
Social					
Conocimiento					

Resultado final EDI

Normal ()

Rezago ()

Riesgo ()

III. Evaluación del Espectro Autista en Niños Mexicanos (VEANME)

☐

No aplica por Edad

(A partir de 18 meses)

Obtuvo _____ de un total de 56 puntos que indica: Riesgo Bajo () Riesgo Alto ()

IV. Valoración nutricional

MEDICIÓN	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL			
Peso:..... kg	☐ Bajo peso	☐ Adecuado	☐ Sobrepeso	☐ Obesidad
Longitud/Talla cm	☐ Talla baja	☐ Adecuada		
Índice de Masa Corporal kg/m ²	☐ Desnutrición	☐ Adecuado	☐ Sobrepeso	☐ Obesidad
Perímetro cefálico: cm	☐ Microcefalia	☐ Adecuado	☐ Macrocefalia	

RECOMENDACIONES GENERALES PARA TRABAJAR EN CASA:

ORIENTACIONES PARA SU ATENCIÓN:

() Desarrollo esperado para la edad	Se sugiere seguir las recomendaciones generales de estimulación y alimentación, de acuerdo con la etapa del desarrollo y observar los logros alcanzados por el niño. Ante cualquier duda consultar a profesionales en el desarrollo y la educación infantil. ¿Está usted interesado en que su hijo/hija sea evaluado con otros instrumentos con el fin de documentar el desarrollo normal, como parte de un proyecto de investigación? SI () NO () Si acepta participar, le pedimos llamar para agendar una cita en el *Centro de Promoción y Atención al Desarrollo Infantil Xilotl
() Requiere vigilancia con evaluación periódica	Se sugiere una segunda evaluación en un periodo de 2 a 4 meses. Seguir las recomendaciones generales de estimulación de acuerdo con la etapa del desarrollo. Observar logros alcanzados por el niño, así como las dificultades. Llamar al *Centro de Promoción y Atención al Desarrollo Infantil Xilotl para solicitar una segunda evaluación.
() Requiere diagnóstico integral e intervención temprana	Requiere una evaluación diagnóstica completa para determinar las necesidades de atención e intervención temprana. Seguir las recomendaciones generales de estimulación del desarrollo infantil de acuerdo con la etapa del desarrollo. Observar logros alcanzados por el niño, así como las dificultades. Llamar al *Centro de Promoción y Atención al Desarrollo Infantil Xilotl para solicitar una cita para Evaluación Diagnóstica.

*Centro de Promoción y Atención al Desarrollo Infantil Xilotl. Calzada de los Brujas 354. Col. Ex-Hacienda Coapa. Tlalpan. Tel. 55 5594 1667

ATENTAMENTE

Mtra. Deianira García Chávez (C. P. 13372335)
J. U. D. de Atención a Personas con Discapacidad

Nombre y firma de la
persona evaluadora



HISTORIA CLÍNICA ACCIÓN SOCIAL
"Promoción y Atención al Desarrollo Infantil en Tlalpan 2024"



Folio

Fecha de aplicación

Lugar de aplicación

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA NIÑA O EL NIÑO

Nombre de la niña o el niño Sexo H M

Fecha de nacimiento Edad cronológica años meses días

Edad corregida años meses días

Duración del embarazo SDG

II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA CUIDADORA

Nombre de la persona que responde la Historia Clínica

Sexo H M

Parentesco

III. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

1. Indagar si en la familia tanto materna como paterna (hermanos, padres, primos, tíos, abuelos) de la niña o el niño, existe alguna de las siguientes enfermedades

	SI	Indicar parentesco	NO
Cardiopatías (enfermedades del corazón, infartos)			
Diabetes mellitus			
Hipertensión			
Obesidad			
Desnutrición			
Hipotiroidismo o hipertiroidismo			
Alcoholismo, tabaquismo o toxicomanías			
Trastornos mentales, emocionales o conductuales			
Otra: (especificar)			

2. ¿Algún familiar (familia materna o paterna) de la niña o el niño tiene o ha tenido alguna de las siguientes dificultades

	SI	Indicar parentesco	NO
Problemas de lenguaje y el habla			
Problemas de aprendizaje			
Problemas de atención			
Problemas de hiperactividad o TDAH			
Problemas de interacción social (Autismo)			
Problemas de conducta			

IV. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS DE LA MADRE

- Edad de la madre al embarazarse años Edad del padre al embarazarse años
2. Número de abortos ¿Antes o después de que naciera el niño (a)?
3. ¿La madre de la niña o el niño consumió ácido fólico? SI NO
4. ¿La madre de la niña o niño consumió algún tipo de sustancia psicoactiva? SI NO
- ¿Qué tipo de sustancia?
5. La madre de la niña o el niño, ¿tuvo de alguna enfermedad o complicación durante el embarazo? SI NO
- Indagar qué complicación y si recibió o no tratamiento

V. CONDICIONES AL NACIMIENTO

1. Calificación de APGAR 2. Peso al nacer Kg. 3. Longitud al nacer cm.
4. Tipo de parto Eutócico 0 Parto distócico 1
- Parto instrumental 2 Cesárea 3

VI. MORBILIDAD O COMPLICACIONES TRANSNATALES Y MOTIVOS DE CESÁREA

1. Indagar si la niña o niño presentó complicaciones durante el nacimiento

VII. ANTECEDENTES NEONATALES INMEDIATOS

1. ¿La niña o niño necesitó ayuda para respirar al momento de nacer? SI NO
2. ¿La niña o niño necesitó fue hospitalizado después de nacer? SI NO

Indagar las causas y tiempo de hospitalización

VIII. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DE LA NIÑA O EL NIÑO

1. ¿La niña o el niño padece o padeció alguna enfermedad o trastorno?

IX. NOTAS Y OBSERVACIONES

Nombre y firma de la persona que realizó la historia clínica