

Doña Ana County Early Head Start

Denver II Parent Questionnaire

If you are unable to be present at your child's Denver II screening please answer the following questions. Can your child do the following without your assistance?

Name of Child _____

- | | Yes | No |
|--------------------------|-----|-----|
| 1. Use spoon/fork | ___ | ___ |
| 2. Remove garment | ___ | ___ |
| 3. Feed doll | ___ | ___ |
| 4. Put on clothing | ___ | ___ |
| 5. Brush teeth with help | ___ | ___ |
| 6. Wash and dry hands | ___ | ___ |

Parent Signature: _____

Doña Ana County Early Head Start

Cuestionario de Denver II para los Padres

Sí usted no puede atender la Prueba del Denver II de su niño, por favor conteste a las preguntas siguientes. ¿Puede hacer lo siguiente su niño/niña sin su ayuda?

Nombre de niño _____

- | | Sí | No |
|---------------------------------|-----|-----|
| 1. Usar cuchara/tenedor | ___ | ___ |
| 2. Quitarse la ropa | ___ | ___ |
| 3. Dar de comer a muñeca | ___ | ___ |
| 4. Ponerse la ropa | ___ | ___ |
| 5. Cepillarse dientes con ayuda | ___ | ___ |
| 6. Lavarse/secarse manos | ___ | ___ |

Parent Signature: _____