

Edades y Etapas: Un Cuestionario Completado por los Padres para Evaluar a los Niños*
Segunda Edición

Por Diane Bricker y Jane Squires

con la ayuda de Linda Mounts, LaWanda Potter, Robert Nickel, Elizabeth Twombly, y Jane Farrell

Copyright © 1999 por Paul H. Brookes Publishing Co.

♦ 20 Meses ♦

Cuestionario



Lo que sigue a continuación son unas preguntas sobre diferentes actividades que los bebés hacen. Puede ser que su bebé ya haya realizado algunas y todavía no haya realizado otras. Después de leer cada cosa, marque la respuesta que indique lo que su bebé ha hecho en el pasado o lo que hace ahora.

Cosas Importantes que Recordar:

- Le rogamos que intente cada actividad individualmente con su bebé antes de contestar las preguntas.
- Trate de que al llenar este cuestionario sea un juego que es divertido para usted y su bebé.
- Asegúrese de que su niño/a ha descansado, que ha comido y que viene listo para jugar.
- Por favor devuelva este cuestionario antes del día: _____.
- Si tiene alguna pregunta o preocupación acerca de su bebé o acerca de este cuestionario, por favor llame a: _____.
- Espere recibir otro cuestionario en _____ meses.

*Translated from the English:
*Ages & Stages Questionnaires: A Parent-Completed,
Child-Monitoring System, Second Edition, Bricker et al.*
© 1999 Paul H. Brookes Publishing Co.



Edades y Etapas: Un Cuestionario Completado por los Padres para Evaluar a los Niños*
Segunda Edición

Por Diane Bricker y Jane Squires

con la ayuda de Linda Mounts, LaWanda Potter, Robert Nickel, Elizabeth Twombly, y Jane Farrell

Copyright © 1999 por Paul H. Brookes Publishing Co.

♦ **20 Meses** ♦
Cuestionario

Por favor da la siguiente información.

Nombre del bebé: _____

Fecha de nacimiento del bebé: _____

Fecha de nacimiento correctada del niño/a (si su niño/a fue prematuro,
añada el número de semanas de premaduridad a la fecha de nacimiento): _____

Día de hoy: _____

Complete este cuestionario antes de: _____

Persona llenando este cuestionario: _____

¿Cuál es su relación al bebé? _____

Su teléfono: _____

Su dirección (para correspondencia): _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Haga una lista de cualquiera otra persona que le asista en el llenar de este cuestionario: _____

Programa de administración/proveedor: _____

*Translated from the English:
*Ages & Stages Questionnaires: A Parent-Completed,
Child-Monitoring System, Second Edition*, Bricker et al.
© 1999 Paul H. Brookes Publishing Co.



A esta edad, muchos niño/as no cooperan cuando se los pide a hacer cosas. Puede darse el caso de que Ud. tenga que intentar las actividades más de una vez con su niño/a. Si es posible, vuelva a intentar las actividades cuando su niño/a coopere mejor. Si su niño/a puede hacer la actividad, pero se niega hacerla, responda afirmativamente a la pregunta.

	SÍ	A VECES	TODAVÍA NO	
COMUNICACIÓN <i>Intente hacer cada actividad con su niño/a.</i>				
1. ¿Llmita su niño/a una oración de dos palabras? Por ejemplo, cuando Ud. dice "Mamá juega" o "Papá come" o "¿Qué es?", repite su niño/a la misma frase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
2. ¿Puede decir al menos 8 palabras además de "mamá" y "papá"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
3. Sin enseñarle primero, ¿puede <i>señalar con el dedo</i> al dibujo correcta cuando Ud. le pide: "enséñame dónde está el gatito", o "¿dónde está la pelota?" (El niño solamente tiene que identificar un dibujo correctamente.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
4. ¿Puede decir dos o tres palabras juntas que representen ideas diferentes, como: "veo perro", "mamá llega casa" o "gatito no está"? (No cuente las combinaciones de palabras que expresen una sola idea como "se termino", "está bien" y "¿qué es?")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
Escriba un ejemplo de las combinaciones de palabras que usa:				

5. Si Ud. señala un dibujo de una pelota (gatito, vaso, gorro, etc.) y le dice "¿qué es?", ¿puede decir correctamente lo que hay al menos en un dibujo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
6. Sin darle pistas señalándole o usando gestos, ¿puede seguir al menos tres de las siguientes instrucciones?				
a. "Pon el juguete en la mesa".				
b. "Cierra la puerta".				
c. "Tráeme una toalla".				
d. "Busca tu abrigo".				
e. "Dame la mano".				
f. "Agarra tu libro".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
TOTAL PARA COMUNICACIÓN				___

MOVIMIENTOS AMPLIOS *Intente hacer cada actividad con su niño/a.*

1. ¿Se sube a una silla, por ejemplo, para agarrar algo que quiere y no puede alcanzar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
2. ¿Anda con seguridad sin caerse mucho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
3. ¿Puede bajar las escaleras si Ud. lo lleva de la mano? (Ud. puede observar esto en una tienda, en el parque o en casa.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
4. Al enseñarle cómo se da una patada al balón, ¿intenta repetirlo dando una patada al balón o moviéndolo la pierna hacia atrás y luego hacia adelante? o con las piernas al correr? (Si ya sabe dar una patada al balón, responda afirmativamente a la pregunta.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___



MOVIMIENTOS AMPLIOS (continuación)

SÍ A VECES TODAVÍA NO

5. ¿Sabe correr bastante bien, parándose sin darse golpes o caerse?



6. ¿Puede subir o bajar al menos dos escalones sin ayuda? (Responda afirmativamente aunque necesite agarrarse de la pared o de la barandilla.)



TOTAL PARA MOVIMIENTOS AMPLIOS

MOVIMIENTOS FINOS Intente hacer cada actividad con su niño/a.

1. ¿Escribe su hijo con la punta de la crayola (del lápiz o de la pluma) al intentar dibujar?



2. ¿Sabe poner tres cubitos o juguetes unos encima de otros sin ayuda? (También puede usar carretes de hilo, cajitas o juguetes que midan aproximadamente una pulgada o tres centímetros.)

3. ¿Sabe pasar las hojas de un libro sin ayuda? (Puede pasar más de una hoja a la vez.)

4. ¿Sabe meterse la cuchara en la boca sin que normalmente se le caiga la comida?

5. ¿Sabe colocar seis cubitos o juguetes unos encima de otros sin ayuda?

6. ¿Intenta girar la mano al intentar abrir una puerta, dar cuerda a un juguete, jugar con un trompo o poner y quitar una tapa de un frasco?

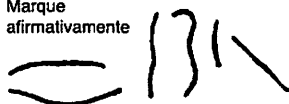
TOTAL PARA MOVIMIENTOS FINOS

RESOLUCIÓN de PROBLEMAS Intente hacer cada actividad con su niño/a.

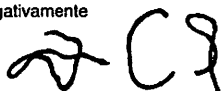
1. Sin enseñarle cómo se hace, ¿hace garabatos cuándo Ud. le da una crayola (o un lápiz o una pluma)?

2. Después de verle a Ud. dibujar una línea de arriba a bajo de la hoja de papel usando una crayola, ¿le copia intentando dibujar una línea en cualquiera dirección? (No cuenta el hacer garabatos de un lado para otro.)

Marque afirmativamente




Marque negativamente



RESOLUCIÓN de PROBLEMAS (continuación)

SÍ A VECES TODAVÍA NO

3. Si Ud. hace algunas de los siguientes gestos, ¿le intenta imitar al menos una vez? _____
 a. Abrir y cerrar la boca. c. Tirarse de la oreja.
 b. Abrir y cerrar los ojos. d. Tocarse la mejilla.
4. Si Ud. le da una botella, una cuchara o un lápiz al revés, ¿intenta darle la vuelta para usarlo correctamente? _____
5. Mientras su niño/a le observe, ponga cuatro objetos, como unos cubos o unos carritos, en línea recta. ¿Le intenta imitar poniendo al menos dos objetos en línea recta? (También puede usar carretes de hilo, unas cajitas u otros juguetes.) _____
- 
6. Si quiere coger algo que no alcanza, ¿busca una silla o una caja para subirse encima para alcanzarlo? _____

TOTAL PARA RESOLUCIÓN de PROBLEMAS _____

SOCIO-INDIVIDUAL *Intente hacer cada actividad con su niño/a*

1. ¿Sabe usar una cuchara para comer, aunque se le caiga algo de comida? _____
2. ¿Intenta conseguir su atención o intenta enseñarle algo tirándole de la mano o de la ropa? _____
3. ¿Sabe beber de un vaso y bajarlo nuevamente sin que se le caiga mucho del contenido? _____
4. ¿Le imita haciendo las mismas actividades que Ud. hace como limpiar algo que se le ha caído, pasar la aspiradora, afeitarse o peinarse? _____
5. Al jugar con un mono de peluche o con una muñeca, ¿lo mece, le da de comer, le cambia los pañales, lo acuesta, etc? _____
6. ¿Come con un tenedor? _____

TOTAL PARA SOCIO-INDIVIDUAL _____

GENERAL *Padres y proveedores pueden utilizar el espacio al final o el reverso de la página.*

1. ¿Cree Ud. que su niño/a oye bien? Sí NO
 Si contesta "No", explique: _____
2. ¿Cree Ud. que habla igual que los otros niños de su edad? Sí NO
 Si contesta "No", explique: _____
3. ¿Puede entender casi todo lo que su niño/a le dice? Sí NO
 Si contesta "No", explique: _____

GENERAL (continuación)

4. ¿Cree Ud. que camina, corre y trepa igual que los otros niños de su edad?
Si contesta "No", explique: _____
SI NO
5. ¿Tiene cualquiera de los dos padres algún antecedente de familia con problemas de sordera durante la infancia o con cualquier otro tipo de deficiencia de los oídos?
Si contesta "Sí", explique: _____
SI NO
6. ¿Tiene Ud. alguna preocupación sobre la vista de su niño/a?
Si contesta "Sí", explique: _____
SI NO
7. ¿Ha tenido su niño/a algún problema médico en los últimos meses?
Si contesta "Sí", explique: _____
SI NO
8. ¿Hay algo de su niño/a que a Ud. le preocupe?
Si contesta "Sí", explique: _____
SI NO

ASQ Sumario Informativo 20to Mes

Nombre del bebé: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Persona llenando cuestionario: _____ Fecha de nacimiento corregida: _____
 Dirección de correo: _____ Parentesco: _____
 Teléfono: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Fecha de hoy: _____ Ayudantes en completar el ASQ: _____

RESUMEN: Por favor traslade las respuestas de la sección total del cuestionario tachando "sí" o "no" y reportando cualquier comentario.

- | | | | | | |
|---|----|----|---|----|----|
| 1. ¿Oye bien?
Comentarios: _____ | Sí | NO | 5. Historial: ¿Hay problemas auditivos de la familia?
Comentarios: _____ | Sí | NO |
| 2. ¿Habla como otros niños?
Comentarios: _____ | Sí | NO | 6. ¿Preocupaciones sobre la vista?
Comentarios: _____ | Sí | NO |
| 3. ¿Puede Ud. comprender a su niño?
Comentarios: _____ | Sí | NO | 7. ¿Problemas médicos recientes?
Comentarios: _____ | Sí | NO |
| 4. Camina, corre, y trepa como otros niños?
Comentarios: _____ | Sí | NO | 8. ¿Otros preocupaciones?
Comentarios: _____ | Sí | NO |

ANOTACIÓN DEL CUESTIONARIO

- Asegúrese de que todas las cosas hayan sido contestadas. Si no cosa ser contestadas, refiérase al equivalente del average del proceso de la Guía de Uso del ASQ.
- Califique cada parte del cuestionario escribiendo el número apropiado en la línea de los totales.
 Sí = 10 A VECES = 5 TODAVÍA NO = 0
- Añada las partes calificadas de cada sección y anote esos resultados en los espacios provistos para totales.
- Indique el total del bebé en cada área, llenando los círculos apropiados en el cuadro inferior. Por ejemplo, si la anotación total para el área de comunicación fue 50, llene el círculo debajo del 50 en la primera fila.

Total	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
Comunicación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimientos amplios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimientos finos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Resolución de problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Socio-individual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Total	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60

Examine los círculos llenados en cada área anterior.

- Si el total del bebé cae entre área, el bebé aparenta estar bien en esa área hasta ahora.
- Si el total del bebé cae entre área, hable con un profesional. Su bebé quizás necesite más evaluación.

OPCIONAL: Las respuestas específicas de los artículos del cuestionario pueden ser anotadas en este cuadro sinóptico.

	Tantos		Comunicación			Movimientos amplios			Movimientos finos			Resolución de problemas			Socio-individual		
		Limite	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
20 meses	Comunicación	36.3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
	Movimientos amplios	36.2	2	3	4	2	3	4	2	3	4	2	3	4	2	3	4
	Movimientos finos	39.8	3	4	5	3	4	5	3	4	5	3	4	5	3	4	5
	Resolución de problemas	29.9	4	5	6	4	5	6	4	5	6	4	5	6	4	5	6
	Socio-individual	35.2	5	6	7	5	6	7	5	6	7	5	6	7	5	6	7
				6	7	8	6	7	8	6	7	8	6	7	8	6	7
			S	A	T	S	A	T	S	A	T	S	A	T	S	A	T

Administrador o proveedor del programa: _____

Edades y Etapas: Un Cuestionario Completado por los Padres para Evaluar a los Niños* **Segunda Edición**

Por Diane Bricker y Jane Squires

con la ayuda de *Linda Mounts, LaWanda Potter, Robert Nickel, Elizabeth Twombly, y Jane Farrell*

Copyright © 1999 por Paul H. Brookes Publishing Co.

◆ **22 Meses** ◆ **Questionario**

Lo que sigue a continuación son unas preguntas sobre diferentes actividades que los bebés hacen. Puede ser que su bebé ya haya realizado algunas y todavía no haya realizado otras. Después de leer cada cosa, marque la respuesta que indique lo que su bebé ha hecho en el pasado o lo que hace ahora.

Cosas Importantes que Recordar:

- Le rogamos que intente cada actividad individualmente con su bebé antes de contestar las preguntas.
- Trate de que al llenar este cuestionario sea un juego que es divertido para usted y su bebé.
- Asegúrese de que su niño/a ha descansado, que ha comido y que viene listo para jugar.
- Por favor devuelva este cuestionario antes del día: _____.
- Si tiene alguna pregunta o preocupación acerca de su bebé o acerca de este cuestionario, por favor llame a: _____.
- Espere recibir otro cuestionario en _____ meses.

*Translated from the English:
*Ages & Stages Questionnaires: A Parent-Completed,
Child-Monitoring System, Second Edition*, Bricker et al.
© 1999 Paul H. Brookes Publishing Co.

