

**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.

**33 Meses**  
**Cuestionario**

Por favor da la siguiente información.

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del niño/a: \_\_\_\_\_

Día de hoy: \_\_\_\_\_

Complete este cuestionario antes de: \_\_\_\_\_

Persona llenando este cuestionario: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su relación con el niño/a? \_\_\_\_\_

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.



	SÍ	A VECES	TODAVÍA NO	
<b>COMUNICACIÓN</b> <i>Intente hacer cada actividad con su niño/a.</i>				
1. Cuando le pide a su niño/a que apunte a la nariz, al pelo, a los piés, a las orejas, etc., ¿puede apuntar a por lo menos <i>siete</i> partes del cuerpo? Puede señalarse en sí mismo, en Ud. o en una muñeca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
2. ¿Puede construir frases de tres o cuatro palabras? Escriba un ejemplo: _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
3. Sin darle pistas ni gestos, dígame: "Pon el zapato <i>encima de la mesa</i> " y "Pon el libro <i>debajo de la silla</i> ". ¿Puede seguir las dos instrucciones correctamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
4. Al mirar un libro de muchas fotografías o dibujos, ¿Puede su niño/a decirle lo que pasa en la fotografía o en el dibujo? Por ejemplo, Cuando Ud. le pregunta ¿Qué hace el perro (el niño)? El ladra, corro, llora o come.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
5. Enseñe a su niño/a como el cierre de un abrigo sube y baja. Dígame: "Mira esto sube y baja." Ponga el cierre en el centro y pídale que lo baje. Ponga el cierre en el centro otra vez y pídale que lo suba. Repita esto varias veces antes de pedirle que lo haga solo/a. ¿Siempre sube el cierre cuando Ud. le dice "súbelo" y siempre lo baja al decirle "bájalo"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
6. Al preguntarle: ¿cómo te llamas?", ¿responde con su nombre y apellido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
	TOTAL PARA COMUNICACIÓN			___

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

1. ¿Sabe correr bastante bien, parándose sin darse golpes o caerse?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
2. Sin apoyarse en ningún objeto, ¿sabe dar una patada a un balón moviendo la pierna hacia atrás y luego hacia adelante?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
3. ¿Sabe saltar levantando los dos piés del suelo a la misma vez?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___

SÍ A VECES TODAVÍA NO

**MOVIMIENTOS AMPLIOS** (continuación)

4. ¿Sabe subir las escaleras poniendo un pie en cada escalón? (El pie izquierdo en un escalón y el derecho en el siguiente). Se permite que se apoye en la barandilla o en la pared. (Mire esto en otros lugares. Puede ser en una tienda, en un pargue de juegos o en casa.)



5. ¿Puede pararse en un solo pie por un segundo sin agarrarse de nada?



6. Al estar de pie ¿sabe tirar una pelota al frente, levantando el brazo a la altura del hombro? (No lo cuente si deja caer la pelota o tira la pelota desde la altura de la cintura.)



TOTAL PARA MOVIMIENTOS AMPLIOS

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

1. Después de observarle a Ud. dibujar una línea de arriba abajo en una hoja de papel con un lápiz, una crayola o una pluma, pida le que haga una línea como la suya. No le deje dibujar encima de la suya. ¿Hace lo que hizo Ud., dibujando una línea vertical?

Marque afirmativamente



Marque negativamente



2. ¿Sabe meter un cordón por el agujero de una bolita de madera o por los agujero del zapato?



3. Después de observarle a Ud. dibujar una línea de un lado al otro de la hoja de papel, pida a su niño/a que haga una línea como la suya. No le deje usar papel transparente o dibujar encima de la suya. ¿Hace lo que Ud. hizo, dibujando una línea horizontal?

Marque afirmativamente



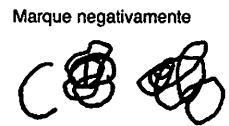
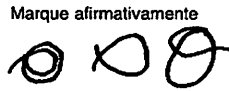
Marque negativamente



SÍ A VECES TODAVÍA NO

**MOVIMIENTOS FINOS** (continuación)

4. Después de observarle a Ud. dibujar un solo círculo, pida a su niño/a que dibuje un círculo como el suyo. No le deje usar papel transparente o dibujar encima del suyo. ¿Hace lo que Ud. hizo, dibujando un círculo?



5. ¿Sabe pasar las hojas de un libro una por una?

6. ¿Intenta cortar papel con las tijeras (que no son peligrosas para niños)? (No es necesario que llegue a cortar el papel, pero sí debe saber abrirlas y cerrarlas mientras que agarra el papel con la otra mano. Ud. puede enseñarle cómo se usan las tijeras.)



TOTAL PARA MOVIMIENTOS FINOS

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

1. Al mirarse al espejo, pregúntele: "¿dónde está \_\_\_\_\_?" (Use el nombre de su niño/a). ¿Se señala en el espejo?

2. Mientras su niño/a le observe, ponga cuatro objetos, como unos cubos o unos carritos, en línea recta. ¿Intenta imitarle poniendo los cuatro objetos en línea recta? (También puede usar carretes de hilo, unas cajitas u otros juguetes.)



3. Si quiere algo que no alcanza, ¿Busca una silla o una caja para subirse encima para poderlo alcanzarlo?

4. Al señalarle esta figura y preguntarle "¿qué es?", ¿responde con una palabra que haga referencia a una persona? Respuestas como "muñeco de nieve", "niño", "señor", "niña", "papá" son correctas. Escriba la respuesta de su niño/a a continuación:



\_\_\_\_\_

5. Al decirle: "Di siete tres", ¿sabe repetir *solamente* los dos números en el orden correcto? No repita los números. Si es necesario, intente otro par de números y diga: "Di ocho dos". Sólomente es necesario que el niño repita uno de los dos pares de números para que Ud. pueda responder afirmativamente a la pregunta.

6. Después de hacer un dibujo o un garabato, ¿le cuenta su hijo lo que acaba de dibujar? Ud. le puede decir "Cuéntame sobre tu dibujo" o preguntar "¿Qué es?"

TOTAL PARA RESOLUCIÓN de PROBLEMAS

	SÍ	A VECES	TODAVÍA NO	
<b>SOCIO-INDIVIDUAL</b>	<i>Intente hacer cada actividad con su niño/a.</i>			
1. ¿Sabe meterse la cuchara en la boca sin que normalmente se le caiga la comida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—
2. ¿Sabe empujar un carrito de compras o un cochecito de bebé o un carrito con ruedas evitando dar golpes a las cosas y salirse de un rincón si no puede girar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—
3. ¿Sabe ponerse el abrigo, su chaqueta o su camisa sin ayuda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—
4. Después de meterle los pantalones por los pies, ¿se los sube hasta la cintura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—
5. Al mirarse su niño/a en el espejo y Ud. le pregunta: "¿Quién está ahí?", ¿contesta "yo" o dice su nombre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—
6. Hágale la siguiente pregunta empleando estas mismas palabras: "¿eres una niña o un niño?" ¿Sabe responder correctamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—
<b>TOTAL PARA SOCIO-INDIVIDUAL</b>				—

**GENERAL** *Padres y proveedores pueden utilizar el reverso para comentarios adicionales.*

1. ¿Cree Ud. que su niño/a oye bien?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Si contesta "No", explique: _____		
2. ¿Cree Ud. que habla igual que los otros niños de su edad?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Si contesta "No", explique: _____		
3. ¿Puede Ud. entender casi todo lo que su niño/a le dice?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Si contesta "No", explique: _____		
4. ¿Cree Ud. que camina, corre y trepa igual que los otros niños de su edad?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Si contesta "No", explique: _____		
5. ¿Tiene cualquiera de los padres algún antecedente de familia con problemas de sordera durante la infancia o con cualquier otro tipo de deficiencia de los oídos?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Si contesta "Sí", explique: _____		
6. ¿Tiene Ud. alguna preocupación sobre la vista de su niño/a?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Si contesta "Sí", explique: _____		
7. ¿Ha tenido su niño/a algún problema médico en los últimos meses?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Si contesta "Sí", explique: _____		
8. ¿Hay algo de su niño/a que a Ud. le preocupe?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Si contesta "Sí", explique: _____		

# ASQ Sumario Informativo 33to Mes

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Persona llenando cuestionario: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
 Dirección de correo: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Ayudantes en completar el ASQ: \_\_\_\_\_  
 Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

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

- |  |    |    |   |    |    |
|--|----|----|---|----|----|
| 1. ¿Oye bien?<br>Comentarios:                                | SÍ | NO | 5. Historial: ¿Hay problemas auditivos de la familia?<br>Comentarios: | SÍ | NO |
| 2. ¿Habla como otros niños?<br>Comentarios:                  | SÍ | NO | 6. ¿Preocupaciones sobre la vista?<br>Comentarios:                    | SÍ | NO |
| 3. ¿Puede Ud. comprender a su niño/a?<br>Comentarios:        | SÍ | NO | 7. ¿Problemas médicos recientes?<br>Comentarios:                      | SÍ | NO |
| 4. ¿Camina, corre, y trepa como otros niños?<br>Comentarios: | SÍ | NO | 8. ¿Otros preocupaciones?<br>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 niño/a 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 niño/a cae entre  área, el niño/a aparenta estar bien en esa área hasta ahora.
- Si el total del niño/a cae entre  área, hable con un profesional. Su niño/a quizás necesite más evaluación.

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

		Tantos	Limite	Comunicación			Movimientos amplios			Movimientos finos			Resolución de problemas			Socio-individual				
33 meses	Comunicación	<input type="checkbox"/>	35.0	1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Movimientos amplios	<input type="checkbox"/>	25.0	2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Movimientos finos	<input type="checkbox"/>	25.0	3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Resolución de problemas	<input type="checkbox"/>	25.0	4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
					5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Socio-individual	<input type="checkbox"/>	25.0	6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
					S	A	T		S	A	T		S	A	T		S	A	T	

Administrador o proveedor del programa: \_\_\_\_\_