

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.

10 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.



- MOVIMIENTOS AMPLIOS**
Intente hacer cada actividad con su bebé.
1. Si Ud. lo agarra debajo de los brazos para ayudarle a mantener el equilibrio, ¿puede apoyarse su propio peso mientras está de pie?
 
 2. Al estar sentado en el suelo, ¿puede sentarse recto por varios minutos *sin* que use las manos para apoyarse?
 
 3. Al ponerlo de pie cerca de los muebles de la casa o de la cuna, ¿puede agarrarse a los muebles sin que se apoye con el pecho?
 
 4. Al estar agarrado a un mueble de casa, ¿puede agacharse para agarrar un juguete del suelo y después volver a ponerse de pie?
 
 5. Al estar agarrado a un mueble de casa, ¿puede bajarse con cuidado (sin caerse o tirarse)?
 

- COMUNICACIÓN**
Intente hacer cada actividad con su bebé.
1. ¿Puede hacer su bebé sonidos como "da", "ga", "ka", y "ba"?
 2. Si Ud. imita los sonidos de su bebé, ¿intenta él repetirlos?
 3. ¿Puede hacer dos sonidos similares como "ba-ba", "da-da", o "ga-ga"?
 Puede ser que pronuncie estos sonidos sin que se refiera a ningún objeto ni a ninguna persona en particular.
 4. ¿Puede su bebé jugar a algún juego infantil cuando Ud. se lo pide sin que Ud. se lo demuestre primero (por ejemplo, decir adiós, esconderse tapándose los ojos, aplaudir, indicar que tan grande es algo)?
 5. ¿Puede llevar a cabo un mandato sencillo, como, "Ven aquí", "dámelo", "devuélveme" *sin* que Ud. le haga gestos para que entienda?
 6. ¿Puede decir alguna otra palabra además de "mamá" o "papá"?
 (Llamamos "palabra" a un sonido o grupo de sonidos que el bebé siempre repita al referirse a alguien o a alguna cosa concreta, como "bibi" para decir biberón.)

SI A VECES TODAVIA NO

—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TOTAL PARA COMUNICACIÓN

—

—

—

—

—

—

—

—

SÍ A VECES TODAVÍA NO

MOVIMIENTOS AMPLIOS *(continuación)*

6. ¿Camina por la casa agarrándose a los muebles con una sola mano? _____


TOTAL PARA MOVIMIENTOS AMPLIOS _____


MOVIMIENTOS FINOS *Intente hacer cada actividad con su bebé.*

1. ¿Agarra un juguete pequeño con una sola mano?  _____

2. ¿Puede agarrar una migaja de pan o un Cheerio usando el dedo pulgar y todos los demás haciendo un movimiento como de rastrillo? (Si ya puede agarrar una migaja o un Cheerio, responda afirmativamente a esta pregunta.)  _____

3. ¿Puede agarrar un juguete pequeño con las yemas de los dedos? (Debe de haber un espacio entre el juguete y la palma de la mano.)  _____

4. Después de intentarlo una o dos veces, ¿puede agarrar su bebé un pedazo de cuerda con los dedos índice y pulgar? (La cuerda puede estar atada a un juguete.)  _____

5. ¿Puede agarrar una migaja de pan o un Cheerio (cereal de desayuno) con las yemas de los dedos índice y pulgar? Puede apoyar el brazo o la mano en la mesa mientras que lo intenta.  _____*


6. ¿Puede poner un juguete pequeño en la mesa, sin dejarlo caer, y después levantar la mano de encima del juguete? _____

TOTAL PARA MOVIMIENTOS FINOS _____

**Si ha contestado sí o a veces a la pregunta número 5 de los movimientos finos, conteste sí también a la número 2.*

RESOLUCIÓN de PROBLEMAS *Intente hacer cada actividad con su bebé.*

1. ¿Se pasa el juguete de una mano a la otra?  _____

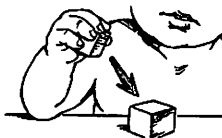
2. ¿Agarra dos juguetes, uno en cada mano, y los sujeta por un minuto aproximadamente?  _____

RESOLUCIÓN de PROBLEMAS*(continuación)*

Sí

A VECES TODAVÍA NO

3. Al tener un juguete en la mano, ¿lo golpea contra otro que está en la mesa?



4. Al tener un juguete en cada mano, ¿intenta juntarlos (como cuando se aplaude)?

5. ¿Es que tu bebé pincha o trata de conseguir una miga o un Cheerio que está dentro de una botella clara (por ejemplo, un biberón)?

6. Después de verte a Ud. esconder un juguete pequeño debajo de una hoja de papel o de una caja, ¿puede encontrarlo? (Asegúrese de que el juguete esté completamente escondido.)

TOTAL PARA RESOLUCIÓN de PROBLEMAS _____

SOCIO-INDIVIDUAL*Intente hacer cada actividad con su bebé.*

1. Al estar boca arriba, ¿intenta meterse el pie en la boca?



2. ¿Puede beber agua o jugo de un vaso si Ud. se lo sujeta?

3. ¿Puede comer una galleta sin ayuda?

4. Al extenderle la mano y pedirle su juguete, ¿su bebé se lo ofrece aunque no lo suelte? (Si ya le deja el juguete en la mano, responda afirmativamente a la pregunta.)

5. Al vestirlo, ¿puede meter el brazo por la manga de la ropa una vez que se le haya metido la mano en la apertura de la manga?

6. Al extenderle la mano y pedirle su juguete, ¿su bebé se lo coloca en la mano?

TOTAL PARA SOCIO-INDIVIDUAL _____

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

1. ¿Cree que su bebé oye bien?

Sí NO

Si contesta "No", explique: _____

2. ¿Cree Ud. que usa las dos manos igualmente bien?

Sí NO

Si contesta "No", explique: _____

GENERAL (continuación)

3. Al ponerlo de pie, ¿Están los pies nivelados con el suelo la mayoría de las veces? Sí NO
Si contesta "No", explique: _____
4. ¿Tienen 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? Sí NO
Si contesta "Sí", explique: _____
5. ¿Tiene Ud. alguna preocupación sobre la vista de su niño/a? Sí NO
Si contesta "Sí", explique: _____
6. ¿Ha tenido su bebé algún problema médico en los últimos meses? Sí NO
Si contesta "Sí", explique: _____
7. ¿Hay algo de su bebé que a Ud. le preocupe? Sí NO
Si contesta "Sí", explique: _____

ASQ Sumario Informativo 10to 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	4. Historial: ¿Hay problemas auditivos de la familia? Comentarios:	SÍ NO
2. ¿Usa las dos manos por igual? Comentarios:	SÍ NO	5. ¿Preocupaciones sobre la vista? Comentarios:	SÍ NO
3. ¿Pies planos en la superficie? Comentarios:	SÍ NO	6. ¿Problemas médicos recientes? Comentarios:	SÍ NO
		7. ¿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	Limite	Comunicación	Movimientos amplios	Movimientos finos	Resolución de problemas	Socio-individual
10 meses	Comunicación	<input type="checkbox"/>	25.0	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>
	Movimientos amplios	<input type="checkbox"/>	25.0	2 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>
	Movimientos finos	<input type="checkbox"/>	25.0	3 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
	Resolución de problemas	<input type="checkbox"/>	25.0	4 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
	Socio-individual	<input type="checkbox"/>	25.0	5 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
					6 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>
				S A T	S A T	S A T	S A T	S A T

Administrador o proveedor del programa: _____