

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.

◆ **6 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 prematuridad 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.



SÍ A VECES TODAVÍA NO

COMUNICACIÓN *Intente hacer cada actividad con su bebé.*

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 1. ¿Hace su bebé chillidos agudos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 2. ¿Cuando hace sonidos, gruñe, rezonga, o hace otros sonidos en tono bajo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 3. Si llama a su bebé cuando él no le puede ver, ¿mueve la cabeza en la dirección de su voz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 4. ¿Intenta buscar de dónde proviene un ruido al oírlo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 5. ¿Puede hacer sonidos como "da", "ga", "ka", y "ba"? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 6. ¿Si Ud. imita los sonidos de su bebé, repite su bebé los mismos sonidos a Ud.? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |

TOTAL PARA COMUNICACIÓN ___

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

- | | | | | | |
|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 1. ¿Al estar boca arriba, levanta su bebé las piernas bastante para poder ver los pies? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | |
| 2. ¿Cuando está boca abajo, endereza los dos brazos y levanta todo el pecho de la cama o del suelo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | |
| 3. ¿Puede darse la vuelta de estar boca arriba a estar boca abajo, sacándose los brazos de debajo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | |
| 4. ¿Se apoya en las manos al sentarlo en el suelo?
(Responda afirmativamente si ya puede sentarse derecho sin apoyarse en las manos.) |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 5. Si Ud. lo agarra debajo de los brazos para ayudarlo a mantener el equilibrio, ¿puede apoyarse su propio peso mientras está de pie? |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 6. ¿Puede ponerse en la postura para gatear apoyándose en las manos y en las rodillas? |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |

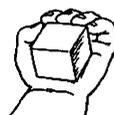
TOTAL PARA MOVIMIENTOS AMPLIOS ___

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

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 1. ¿Agarra su bebé un juguete que se le ofrece, y lo mira, lo agita, o lo masca por aproximadamente un minuto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|

MOVIMIENTOS FINOS (continuación)

SÍ A VECES TODAVÍA NO

- | | | | | | |
|-------------------------------------|---|---|--------------------------|--------------------------|---|
| 2. | ¿Cuando agarra o alarga la mano para tomar un juguete, usa las dos manos a la misma vez? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — |
| 3. | ¿Alarga la mano para tomar una migaja de pan o un "Cheerio" (cereal de desayuno) y toca con el dedo? (Si su bebé ya puede recoger un objeto pequeño de tamaño de un guisante, conteste "Sí" a esta pregunta.) |  | | <input type="checkbox"/> | — |
| 4. | ¿Puede agarrar un juguete pequeño y tenerlo en el centro de la mano, sujetándolo con los dedos? |  | | <input type="checkbox"/> | — |
| 5. | ¿Intenta/agarrar una migaja de pan o un Cheerio (cereal de desayuno) usando el dedo pulgar y todos los demás haciendo un movimiento como de rastrillo, incluso si no puede agarrarlo? (Si ya puede agarrar una migaja o un Cheerio de esta manera, responda afirmativamente a esta pregunta.) |  | | <input type="checkbox"/> | — |
| 6. | ¿Agarra un juguete pequeño con una sola mano? |  | | <input type="checkbox"/> | — |
| TOTAL PARA MOVIMIENTOS FINOS | | | | | — |

RESOLUCIÓN de PROBLEMAS Intente hacer cada actividad con su bebé.

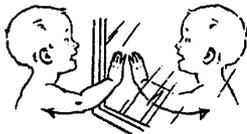
- | | | | | | |
|---|--|---|--------------------------|--------------------------|---|
| 1. | ¿Cuando hay un juguete delante de su bebé, alarga la mano hacia sí para tomarlo con las dos manos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — |
| 2. | Quando está boca arriba, ¿vuelve la cabeza para buscar un juguete cuando lo deja caer? (Si al dejarlo caer ya puede recogerlo, conteste "Sí" a esta pregunta.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — |
| 3. | Al estar boca arriba, ¿intenta agarrar el juguete que se le cayó si lo puede ver? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — |
| 4. | Frecuentemente agarra un juguete y se lo mete en la boca? |  | | <input type="checkbox"/> | — |
| 5. | ¿Se pasa el juguete de una mano a la otra? |  | | <input type="checkbox"/> | — |
| 6. | ¿Juega dando golpes a un juguete contra el suelo o contra la mesa? |  | | <input type="checkbox"/> | — |
| TOTAL PARA RESOLUCIÓN de PROBLEMAS | | | | | — |

SÍ A VECES TODAVÍA NO

SOCIO-INDIVIDUAL

Intente hacer cada actividad con su bebé.

1. Cuándo su bebé está delante de un espejo grande, ¿empieza a sonreír o a hacer sonidos?



2. ¿Se comporta en manera diferente con desconocidos comparado a su comportamiento cuando está con Ud. u otras personas conocidas? (Reacciones a desconocidos pueden incluir mirando fijamente, arrugando el entrecejo, retra y éndose o llorando.)

3. Al estar boca arriba, ¿intenta jugar agarrándose el pie?



4. Al estar delante de un espejo, ¿intenta tocar el espejo con las manos?



5. Al estar boca arriba, ¿intenta meter el pie en la boca?



6. ¿Intenta agarrar un juguete que no puede alcanzar? (Puede que intente darse la vuelta, girar sobre el estómago, o gatear para agarrarlo.)

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: _____

3. Al ponerle 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: _____

GENERAL (continuación)

5. ? Tiene Ud. alguna preocupación sobre la vista de su niño/a?

SI NO

Si contesta "SI", explique: _____

6. ? Ha tenido su bebé algún problema médico en los últimos meses?

SI NO

Si contesta "SI", explique: _____

7. ? Hay algo de su bebé que a Ud. le preocupe?

SI NO

Si contesta "SI", explique: _____

ASQ Sumario Informativo 6to Mes

Nombre del bebé: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Persona llenando cuestionario: _____ Fecha de nacimiento corregida: _____
 Dirección de correo: _____ Parentesco: _____
 Teléfono: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 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? 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"/>												
Movimientos amplios	<input type="radio"/>												
Movimientos finos	<input type="radio"/>												
Resolución de problemas	<input type="radio"/>												
Socio-individual	<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.

6 meses	Tantos Limite		Comunicación	Movimientos amplios	Movimientos finos	Resolución de problemas	Socio-individual
	Comunicación	<input type="checkbox"/>	25.0	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"/>				
Movimientos finos	<input type="checkbox"/>	25.0	3 <input type="radio"/>				
Resolución de problemas	<input type="checkbox"/>	25.0	4 <input type="radio"/>				
Socio-individual	<input type="checkbox"/>	25.0	5 <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: _____