

**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.

# ♦ 18 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	
<b>COMUNICACIÓN</b> <i>Intente hacer cada actividad con su niño/a.</i>				
1. Cuando su niño/a quiere algo, ¿se lo deja saber <i>señalándolo con el dedo</i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
2. Cuando Ud. le pide que vaya a buscar a otro cuarto un juguete u objeto conocido? Puede decirle, "¿dónde está la pelota?", "tráeme tu abrigo", o "busca tu cobija".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
3. ¿Imita 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"/>	___
4. ¿Sabe decir ocho o más palabras además de "mamá" y "papá"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
5. Sin enseñarle primero, ¿puede <i>señalar con el dedo</i> al dibujo correcto cuando Ud. le pregunta: "enséñame dónde está el gatito", o le pregunta: "¿dónde está el perro?" (Solamente tiene que identificar un dibujo.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
6. ¿Puede decir dos o tres palabras juntas que representen ideas diferentes, como: "veo perro", "mamá llega a casa" o "¿se fue el gatito"? (No cuente las combinaciones de palabras que expresen una sola idea como "se acabo", "está bien", y "¿qué es?")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
Escriba un ejemplo de las combinaciones de palabras que hace:				
_____				
<b>TOTAL PARA COMUNICACIÓN</b>				___



<b>MOVIMIENTOS AMPLIOS</b> <i>Intente hacer cada actividad con su niño/a.</i>				
1. ¿Puede agacharse para agarrar un objeto del suelo y volverse a poner de pie sin apoyarse en nada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
2. ¿Camina por la casa en lugar de gatear?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
3. ¿Anda con seguridad sin caerse a menudo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
4. ¿Se sube a una silla, por ejemplo, para agarrar algo que quiere y que no puede alcanzar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
5. ¿Puede bajar las escaleras si Ud. lo lleva de la mano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
6. Al enseñarle como se da una patada a un 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"/>	___
<b>TOTAL PARA MOVIMIENTOS AMPLIOS</b>				___



**MOVIMIENTOS FINOS**

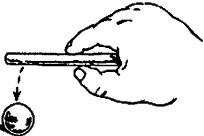
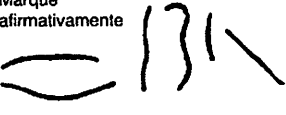
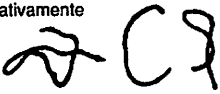
*Intente hacer cada actividad con su niño/a.*

SÍ                      A VECES    TODAVÍA NO

- |  |   |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <p>1. ¿Puede tirar una pelota hacia adelante? (Si simplemente la deja caer, responda "todavía no" a esta pregunta.)</p>  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <p>2. ¿Sabe colocar cubitos o juguetes unos encima de otros? (También puede usar carretes de hilo de coser, cajitas o juguetes que midan aproximadamente una pulgada o 3 centímetros.)</p> |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <p>3. ¿Escribe con la <i>punta</i> de la crayola (del lápiz o de la pluma) al intentar dibujar?</p>  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <p>4. ¿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.)</p>             |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <p>5. ¿Sabe pasar las hojas de un libro sin ayuda? Tal vez pase más de una hoja a la vez.</p>  |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <p>6. ¿Sabe meterse la cuchara en la boca sin que normalmente se la caiga la comida?</p>   |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <b>TOTAL PARA MOVIMIENTOS FINOS</b>  |   |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**RESOLUCIÓN de PROBLEMAS**

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

- |   |   |                          |                          |                          |                          |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <p>1. ¿Mete varios juguetes pequeños (seis o más) dentro de un recipiente como una caja o un tazón? (Puede enseñarle cómo se hace.)</p>   |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>2. Después de enseñarle cómo se hace, ¿Trata de agarrar un juguete que casi puede alcanzar usando una cuchara, un palo u otro implemento similar?</p>  |    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>3. Después de dejar caer una migaja o un Cheerio (cereal de desayuno) en una botella, ¿da vuelta a la botella para sacarlo? (Puede enseñarle como se hace.) Se puede usar una botella de píldoras, una botella de refresco o un biberón.</p> |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>4. Sin enseñarle cómo se hace, ¿sabe hacer garabatos cuando se le da una crayola (o un lápiz o una pluma)?</p>   |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>5. Después de verle a Ud. dibujar una línea de arriba abajo en una hoja de papel usando una crayola, ¿le copia intentando dibujar una línea en cualquier dirección? (No cuenta el hacer garabatos de un lado para otro.)</p>                 | <p>Marque afirmativamente</p>  <p>Marque negativamente</p>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SÍ      A VECES      TODAVÍA NO

**RESOLUCIÓN de PROBLEMAS**      *(continuación)*

6. ¿Sin enseñarle cómo se hace, sabe dar vuelta a una pequeña botella transparente para sacar una migaja pequeña (del tamaño de un guisante o un Cheerio)?                        \_\_\_\_\_ \*

TOTAL PARA RESOLUCIÓN de PROBLEMAS      \_\_\_\_\_

*\*Si ha marcada la pregunta número 6 como sí, o a veces, marque la número 3 afirmativamente.*

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

1. Al mirarse en el espejo, ¿se ofrece a sí mismo/a un juguete?                        \_\_\_\_\_
2. ¿Juega con una muñeca o con un mono de trapo, abrazándolo?                        \_\_\_\_\_
3. ¿Intenta conseguir su atención o intenta enseñarle algo tirándole de la mano o de la ropa?                        \_\_\_\_\_
4. ¿Viene a pedirle ayuda, como cuando necesita que alguien le dé cuerda a un juguete?                        \_\_\_\_\_
5. ¿Sabe beber de un vaso y bajarlo nuevamente sin que se le caiga mucho del contenido?                        \_\_\_\_\_
6. ¿Le imita su hijo haciendo las mismas actividades que Ud. hace, como limpiar algo que se le ha caído, pasar la aspiradora, afeitarse o peinarse?                        \_\_\_\_\_

TOTAL PARA SOCIO-INDIVIDUAL      \_\_\_\_\_

**GENERAL**      *Padres y proveedores pueden utilizar el reverso de esta página o el final de la siguiente para comentarios adicionales.*

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 le dice?      Sí       NO   
Si contesta "No", explique: \_\_\_\_\_
4. ¿Cree Ud. que camina, corre y trepa igual que los otros niños de su edad?      Sí       NO   
Si contesta "No", explique: \_\_\_\_\_
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?      Sí       NO   
Si contesta "Sí", explique: \_\_\_\_\_

**GENERAL** (continuación)

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 18to 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.

- |  |   |
|--|---|
| <p>1. ¿Oye bien? <span style="float: right;">SÍ NO</span><br/>Comentarios:</p> <p>2. ¿Habla como otros niños? <span style="float: right;">SÍ NO</span><br/>Comentarios:</p> <p>3. ¿Puede Ud. comprender a su niño? <span style="float: right;">SÍ NO</span><br/>Comentarios:</p> <p>4. ¿Camina, corre, y trepa como otros niños? <span style="float: right;">SÍ NO</span><br/>Comentarios:</p> | <p>5. Historial: ¿Hay problemas auditivos de la familia? <span style="float: right;">SÍ NO</span><br/>Comentarios:</p> <p>6. ¿Preocupaciones sobre la vista? <span style="float: right;">SÍ NO</span><br/>Comentarios:</p> <p>7. ¿Problemas médicos recientes? <span style="float: right;">SÍ NO</span><br/>Comentarios:</p> <p>8. ¿Otros preocupaciones? <span style="float: right;">SÍ NO</span><br/>Comentarios:</p> |
|--|---|

## 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"/>
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>15</b>	<b>20</b>	<b>25</b>	<b>30</b>	<b>35</b>	<b>40</b>	<b>45</b>	<b>50</b>	<b>55</b>	<b>60</b>

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				
18 meses	Comunicación		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		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		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		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		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: \_\_\_\_\_