

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.

◆ **54 Meses** ◆

Cuestionario

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

Cosas Importantes que Recordar:

- Le rogamos que intente cada actividad individualmente con su niño/a antes de contestar las preguntas.
- Trate de que al llenar este cuestionario sea un juego que es divertido para usted y su niño/a.
- 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 niño/a 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.

◆ **54 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.



1. ? Brinca verticalmente usando cualquiera de los dos pies al menos una vez sin caerse o perder su equilibrio? SI A VECES TODAVIA NO
2. Al estar de pie, ¿sabe tirar una pelota al frente levantando el brazo a la altura del hombro y tirándola al menos una distancia de 6 pies (2 metros)? (No conteste "SI" si deja caer la pelota, suelta la pelota o tira la pelota desde la altura de la cintura.) SI A VECES TODAVIA NO
3. ? Brinca una distancia de 20 pulgadas (o un medio metro) desde una posición de pie? SI A VECES TODAVIA NO



MOVIMIENTOS AMPLIOS

Intente hacer cada actividad con su niño/a.

TOTAL PARA COMUNICACIÓN _____

6. Al hablar de algo que ya ha pasado, ¿usa su niño/a el tiempo pasado de los verbos? Por ejemplo, ¿dice "Había por teléfono"; "Fui a la tienda"; o "Jugué con la muñeca"? Hágale preguntas a su niño/a, como "¿Cómo fuiste a la tienda?" ("Camine"); "¿Qué hicieron tus amigos?" ("Jugaron a los naipes"); Escriba un ejemplo: _____

1. ? Le dice su niño/a al menos dos características de objetos ordinarios? Por ejemplo, al decir "Describe tu pelota", su niño/a dice, "Es redonda"; "La tiro"; "Es grande"; etc. SI A VECES TODAVIA NO
2. ? Usa palabras como "el", "la", "soy", "es", "está" y "son" para hacer frases completas, como "Yo soy un niño" o "¿Dónde está el juguete?"? SI A VECES TODAVIA NO
3. ? Usa al final de las palabras la "s", la "e", la "r" o finales como "ando" y "iendo"? Por ejemplo, ¿Dice su hijo, "Yo veo dos gatos", "Yo estoy jugando" o "Yo tiré la pelota"? SI A VECES TODAVIA NO
4. Sin darle señas y sin repetir, ¿sigue su niño/a tres instrucciones completamente diferentes? Déle las tres instrucciones juntas antes de que empiece. Por ejemplo, pídale a su niño/a: "Apilade, camina hacia la puerta y siéntate." O "Dáme el lápiz, abre el libro y párate." SI A VECES TODAVIA NO
5. ? Usa su niño/a oraciones de cuatro y cinco palabras? Por ejemplo, ¿dice su niño/a "Yo quiero el auto"? Escriba un ejemplo de una oración de 4-5 palabras que su niño/a dice: _____

COMUNICACIÓN

Intente hacer cada actividad con su niño/a.

SI A VECES TODAVIA NO

SÍ A VECES TODAVÍA NO

MOVIMIENTOS AMPLIOS *(continuación)*

4. ¿Cuando le tira una pelota grande, la agarra su niño/a con las *dos* manos? Ud. debe situarse a cinco pies (1.5 metros) de su hijo y darle 2 o 3 tentativas.



5. Sin apoyarse en ningún objeto, ¿Se para en un sólo pie al menos por 5 segundos sin perder su equilibrio ni usar el otro pie para apoyarse?



6. ¿Puede su niño/a andar de puntillas una distancia de 15 pies (aproximadamente la longitud de un auto)? Ud. puede demostrarle cómo.

TOTAL PARA MOVIMIENTOS AMPLIOS _____

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

1. ¿Mirando las figuras de abajo, copia al menos 3 de las figuras en un papel grande con un lápiz o un creyón sin usar papel transparente o dibujar encima de las figuras? (Los dibujos deben parecerse al diseño de las figuras de abajo, aunque sean de un tamaño diferente.)



2. ¿Abotona al menos un botón? Puede usar su propia ropa o la ropa de una muñeca.

3. ¿Colorea mayormente dentro de las orillas en un libro de colorear? (No debe de salirse más de ¼ de una pulgada (o un centímetro) fuera de las orillas en la mayor parte del dibujo.)

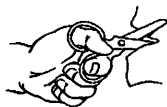
4. Pídale a su niño/a que siga la línea de abajo con un lápiz. ¿Puede trazar la línea sin salirse de la otra línea más de dos veces? Marque "a veces" si su niño/a se sale de la línea tres veces.

5. Pida a su niño/a que dibuje un dibujo de una persona. Ud. puede pedirle a su niño/a, "Dibújame un dibujo de un chico o una chica." Si su niño/a dibuja una persona con cabeza, cuerpo, brazos y piernas, marque "sí." Si su niño/a dibuja una persona con solamente tres partes (cabeza, cuerpo, brazos o piernas), marque "a veces." Si su niño/a dibuja una persona con dos partes o menos, marque "todavía no." Pídale al niño dibujar una persona en un papel en blanco. Al fin, no se olvide de sujetar el dibujo de su niño al cuestionario.

SÍ A VECES TODAVÍA NO

MOVIMIENTOS FINOS *(continuación)*

6. Dibuje una línea en una hoja de papel. Usando tijeras apropiadas para niño/a, ¿puede su niño/a cortar el papel en dos partes, en (más o menos) una línea recta, haciendo que las tijeras se abran y se cierren? Déle a su niño/a tiempo para practicar si no ha usado tijeras antes. (Por razones de seguridad, mire a su niño/a cuidadosamente mientras lo intenta.)



TOTAL PARA MOVIMIENTOS FINOS _____

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

1. Al mostrarle un objeto y preguntarle "¿De qué color es esto?", ¿Dice los nombres de 5 colores diferentes, como rojo, azul, amarillo, anaranjado, negro, blanco, o rosado? Conteste "Sí" solamente si contesta correctamente 5 colores.
2. ¿Se disfraza y actúa fingiendo ser alguien o algo diferente? Por ejemplo, se viste de ropa diferente y finge ser mamá, papá, hermano o hermana, o cualquier otro animal o figura imaginario?
3. Si Ud. pone cuatro objetos delante de su niño/a ¿puede contarlos diciendo "uno, dos, tres, cuatro" en el orden correcto? Haga esta pregunta sin ayudar o dar señas o diciendo los nombres de los objetos.
4. Si Ud. le pregunta "¿Cuál círculo es más pequeño", ¿apunta su niño/a al círculo mas pequeño? Haga la pregunta sin darle señas (apuntar, hacer un ademán o mirar al círculo más pequeño.)



5. ¿Puede su niño/a contar hasta 15 sin hacer errores? Si puede hacerlo, marque "sí." Si cuenta hasta 12 sin errores, marque "a veces."
6. ¿Sabe su niño/a los nombres de los números? Marque "sí" si puede identificar a los tres números de abajo. Marque "a veces" si puede identificar a dos números.

3 1 2

TOTAL PARA RESOLUCIÓN de PROBLEMAS _____

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

1. ¿Se lava su niño/a las manos y cara con jabón y agua y se seca con una toalla sin ayuda?
2. ¿Le dice su niño/a los nombres de al menos dos compañeros de juego, sin incluir a los hermanos. Haga esta pregunta sin ayudar sugiriendo los nombres de compañeros de juegos o amigos.

SOCIO-INDIVIDUAL (continuación)

SÍ A VECES TODAVÍA NO

3. ¿Se limpia los dientes poniendo pasta de dientes en el cepillo y cepillando todos los dientes sin ayuda? Puede ser que Ud. todavía necesite examinar y cepillar de nuevo los dientes. _____
4. ¿Puede su niño/a servirse, usando una cuchara o un tenedor grande? Por ejemplo, ¿puede usar una cuchara grande para sacar puré de manzana de una jarra y ponerla en un tazón? _____
5. ¿Puede su niño/a decirle por lo menos 4 de los siguientes datos? Haga un círculo alrededor de los que su niño/a conoce. _____
- a. Nombre d. Apellido
b. Edad e. Si es niño o niña
c. Ciudad en que vive f. Número de teléfono
6. ¿Se viste y se desviste su niño/a sólo, abotonando botones de tamaño mediano y subiendo el cierre? _____
- TOTAL PARA SOCIO-INDIVIDUAL _____

GENERAL *Padres y proveedores pueden utilizar el resto de esta página y el reverso 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 Ud. entender casi todo lo que su niño/a 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 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: _____
6. ¿Tiene Ud. alguna preocupación sobre la vista de su niño/a? Sí NO
Si contesta "Sí", explique: _____
7. ¿Ha tenido su niño/a algún problema médico en los últimos meses? Sí NO
Si contesta "Sí", explique: _____
8. ¿Hay algo de su niño/a que a Ud. le preocupe? Sí NO
Si contesta "Sí", explique: _____

ASQ Sumario Informativo 54to 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.

- | | |
|--|---|
| <p>1. ¿Oye bien? Sí NO
Comentarios:</p> <p>2. ¿Habla como otros niños? Sí NO
Comentarios:</p> <p>3. ¿Puede Ud. comprender a su niño/a? Sí NO
Comentarios:</p> <p>4. ¿Camina, corre, y trepa como otros niños? Sí NO
Comentarios:</p> | <p>5. Historial: ¿Hay problemas auditivos de la familia? Sí NO
Comentarios:</p> <p>6. ¿Preocupaciones sobre la vista? Sí NO
Comentarios:</p> <p>7. ¿Problemas médicos recientes? Sí NO
Comentarios:</p> <p>8. ¿Otros preocupaciones? Sí NO
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 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		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
54 meses	Comunicación	35.0	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Movimientos amplios	25.0	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Movimientos finos	25.0	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Resolución de problemas	25.0	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Socio-individual	25.0	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				S	A	T	S	A	T	S	A	T	S	A	T	S	A

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.

60 Meses ♦ 5 Años

Cuestionario

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

Cosas Importantes que Recordar:

- Le rogamos que intente cada actividad individualmente con su niño/a antes de contestar las preguntas.
- Trate de que al llenar este cuestionario sea un juego que es divertido para usted y su niño/a.
- 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 niño/a 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.

