

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.

27 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.






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	
COMUNICACIÓN <i>Intente hacer cada actividad con su niño/a.</i>				
1. Sin darle pistas señalándole o usando gestos, ¿puede seguir al menos tres de las siguientes instrucciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
a. "Pon el juguete en la mesa". d. "Busca tu abrigo".				
b. "Cierra la puerta". e. "Dame la mano".				
c. "Tráeme una toalla". f. "Agarra tu libro".				
2. Si Ud. le señala un dibujo de una pelota (gatito, vaso, gorro, etc.) y le dice "¿qué es?", ¿puede identificar <i>correctamente</i> al menos un dibujo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
3. Al decirle que señale la nariz, los ojos, el pelo, los pies, las orejas, etc., ¿puede señalar al menos <i>siete</i> partes del cuerpo? ¿Puede señalarse en si mismo, en Ud. o en una muñeca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
4. ¿Puede usar correctamente al menos dos palabras como "me", "yo", "mío" o "tú"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
5. ¿Puede construir frases de tres o cuatro palabras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
Escriba un ejemplo:				

6. Sin darle pistas ni gestos, dígame: "Pon el zapato <i>encima de</i> la mesa" y "Pon el libro <i>debajo de</i> la silla". ¿Puede seguir las dos instrucciones correctamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
	TOTAL PARA COMUNICACIÓN			___

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

1. ¿Puede subir o bajar al menos dos escalones sin ayuda? (Responda afirmativamente aunque necesite agarrarse de la pared o de la barandilla.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
2. ¿Sabe correr bastante bien, parándose sin darse golpes o caerse?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
3. ¿Sabe saltar levantando los dos pies del suelo a la vez?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___

MOVIMIENTOS AMPLIOS (continuación)

SÍ A VECES TODAVÍA NO

4. Sin apoyarse en ningún objeto, ¿sabe dar una patada a un balón moviendo la pierna hacia atrás y luego hacia adelante?



5. ¿Puede saltar hacia adelante al menos seis pulgadas con los dos pies juntos?



6. ¿Sabe subir escaleras poniendo un pie en cada escalón? (El pie izquierdo en un escalón y el derecho en el siguiente). Puede argarrarse de la barandilla o de la pared. (Mire esto en otros lugares. Puede ser en una tienda, en un parque de juegos o en casa.)



*

TOTAL PARA MOVIMIENTOS AMPLIOS

*Si en los movimientos amplios marco el número 6 afirmativamente, marque el número 1 del mismo, afirmativamente también.

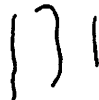
MOVIMIENTOS FINOS Intente hacer cada actividad con su niño/a.

1. ¿Intenta girar la mano al intentar abrir una puerta, dar cuerda a un juguete, jugar con un trompo o poner y quitar una tapa de un frasco?

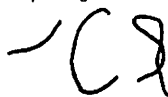
2. ¿Sabe apagar y encender la luz?

3. 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 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 vertical?

Marque afirmativamente



Marque negativamente



4. ¿Sabe colocar siete cubitos o juguetes unos encima de otros sin ayuda? (También puede usar carretes de hilo, cajitas, o juguetes que midan aproximadamente una pulgada o tres centímetros.)

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



SÍ A VECES TODAVÍA NO

MOVIMIENTOS FINOS (continuación)

6. 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



TOTAL PARA MOVIMIENTOS FINOS _____

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

1. ¿Juega con objetos dándole funciones distintas a las que realmente tienen? Por ejemplo, ¿agarra un vaso y se lo pone en la oreja jugando como si fuera un teléfono? ¿Se pone una caja en la cabeza jugando como si fuera un gorro? ¿Usa un cubito, palito u otro objeto para revolver a la comida jugando?

2. ¿Coloca las cosas en su sitio? Por ejemplo, ¿sabe que sus juguetes se colocan en un sitio determinado, que su cobija se pone en la cama y que los platos se ponen en la cocina?

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

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

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



6. 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:

TOTAL PARA RESOLUCIÓN de PROBLEMAS _____

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

1. Si Ud. hace algunos de los siguientes gestos, ¿le intenta imitar al menos una vez?

- a. Abrir y cerrar la boca.
- b. Abrir y cerrar los ojos.
- c. Tirarse de la oreja.
- d. Tocarse la mejilla.

	SÍ	A VECES	TODAVÍA NO	
SOCIO-INDIVIDUAL (continuación)				
2. ¿Come con un tenedor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—
3. Al jugar con un mono de peluche o con una muñeca, ¿lo mece, le da de comer, le cambia los pañales, lo acuesta, etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—
4. ¿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"/>	—
5. ¿Se refiere a sí mismo/a llamándose "yo" más que por su propio nombre? Es decir, "yo pongo" en lugar de "Susana pone".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—
6. ¿Sabe ponerse el abrigo, su chaqueta o su camisa sin ayuda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—
	TOTAL PARA SOCIO-INDIVIDUAL			—

GENERAL Padres y proveedores pueden utilizar el reverso de la página.

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 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 dos 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 27to 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?
Comentarios: _____ | SÍ | NO | 5. Historial: ¿Hay problemas auditivos de la familia?
Comentarios: _____ | SÍ | NO |
| 2. ¿Habla como otros niños?
Comentarios: _____ | SÍ | NO | 6. ¿Preocupaciones sobre la vista?
Comentarios: _____ | SÍ | NO |
| 3. ¿Puede Ud. comprender a su niño/a?
Comentarios: _____ | SÍ | NO | 7. ¿Problemas médicos recientes?
Comentarios: _____ | SÍ | NO |
| 4. ¿Camina, corre, y trepa como otros niños?
Comentarios: _____ | SÍ | NO | 8. ¿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 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			
27 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"/>
			25.0	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	S	A	T	

Administrador o proveedor del programa: _____