

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.

12 Meses ♦ 1 Año

Cuestionario



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

Cosas Importantes que Recordar:

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

12 Meses ♦ 1 Año 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.






SÍ A VECES TODAVÍA NO

COMUNICACIÓN *Intente hacer cada actividad con su bebé.*

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 1. ¿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)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 2. ¿Puede llevar a cabo un mandato sencillo, como, "ven aquí", "dámelo", "devuélvelo" sin que Ud. le haga gestos para que entienda? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 3. ¿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 "bibí" para decir biberón.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 4. Al preguntarle a su bebé, ¿dónde está la pelota, (el gorro, el zapato, etc.)?, ¿mira en la dirección donde está el objeto? Asegúrese de que puede ver el objeto. Responda afirmativamente a la pregunta si reconoce al menos uno de los objetos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 5. Cuando su bebé quiere algo, ¿lo señala con el dedo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 6. ¿Mueve la cabeza su bebé cuando quiere responder sí o no? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| TOTAL PARA COMUNICACIÓN | | | | ___ |





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

- | | | | | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 1. Al estar agarrado a un mueble de casa, ¿puede agacharse para agarrar un juguete del suelo y después vuelve a ponerse de pie? |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 2. Al estar agarrado a un mueble de casa, ¿puede bajarse con cuidado (sin caerse o tirarse)? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 3. ¿Camina por la casa agarrándose a los muebles con una sola mano? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 4. Si le agarra las manos para ayudarlo a mantener el equilibrio, ¿puede dar pasitos sin tropezar ni caerse? (Si su bebé ya anda solo, responda afirmativamente a la pregunta.) |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 5. Al tomarle una mano para que no se caiga, ¿puede dar pasitos hacia adelante? (Si su bebé ya anda solo, responda afirmativamente a la pregunta.) |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 6. ¿Puede ponerse de pie solo y dar algunos pasitos hacia adelante? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| TOTAL PARA MOVIMIENTOS AMPLIOS | | | | ___ | |

SÍ A VECES TODAVÍA NO

MOVIMIENTOS FINOS

Intente hacer cada actividad con su bebé.

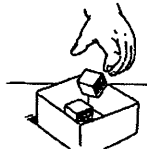
- | | | | | | |
|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <p>1. Después de intentarlo una o dos veces, ¿puede agarrar su bebé un pedazo de cuerda con los dedos índice y pulgar? (La cuerda puede estar atada a un juguete.)</p> |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>2. ¿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. (Si ya puede agarrar objetos pequeños como los descritos en el número 4 más abajo, responda afirmativamente a esta pregunta.)</p> |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>3. ¿Puede poner un juguete pequeño en la mesa, sin dejarlo caer, y después levantar la mano de encima del juguete?</p> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>4. Sin apoyar el brazo o la mano en la mesa, ¿puede agarrar una migaja de pan o un Cheerio con la yema de los dedos índice y pulgar?</p> |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>5. ¿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>6. ¿Sabe ayudarle pasar las hojas de un libro? (Ud. puede darle la hoja pare que él la agarre.)</p> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

TOTAL PARA MOVIMIENTOS FINOS

**Si ha contestado sí o a veces a la pregunta número 4 de los movimientos finos, conteste sí también a la número 2.*

RESOLUCIÓN de PROBLEMAS

Intente hacer cada actividad con su bebé.

- | | | | | |
|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <p>1. Al tener un juguete en cada mano, ¿intenta juntarlos (como cuando se aplaude)?</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>2. ¿Es que tu bebé pincha o trata de conseguir una migo o un Cheerio que está dentro de una botella clara (por ejemplo un biberón)?</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>3. Después de verle 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.)</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>4. Si Ud. mete un juguete dentro de un tazón o dentro de una caja, ¿le imita su bebé queriendo también meter un juguete, aunque pueda ser que no lo suelte? (Si ya lo deja caer en el recipiente o en la caja, responda afirmativamente a la pregunta.)</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>5. ¿Sabe meter dos juguetes, uno tras otro, en un recipiente como una caja o un tazón grande? (Puede enseñarle cómo se hace.)</p> |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

RESOLUCIÓN de PROBLEMAS*(continuación)*

SÍ A VECES TODAVÍA NO

6. Después de que Ud. haga garabatos en una hoja de papel con un creyón (o con un lápiz o una pluma), ¿puede imitarle? (Si ya sabe hacer garabatos solo, responda afirmativamente a la pregunta.)

TOTAL PARA RESOLUCIÓN de PROBLEMAS _____

**Si marcó el número 5 afirmativamente o a veces, marque el número 4 afirmativamente.*

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

1. 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.)

2. 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?

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

4. Al vestirlo, ¿levanta el pie cuando va a ponerle los zapatos, los calcetines o los pantalones?

5. ¿Sabe su bebé rodar o tirarle una pelota para que Ud. se la devuelva?

6. ¿Juega con una muñeca o con un muñeco de peluche, abrazándolo?

TOTAL PARA SOCIO-INDIVIDUAL _____

GENERAL

Padres y proveedores pueden utilizar el reverso de esta página para hacer comentarios adicionales.

1. ¿Cree Ud. 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: _____

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

SÍ NO

Si contesta "Sí", explique: _____

GENERAL (continuación)

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 12to Mes/1to Año

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"/>	<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.

12 meses/1 año	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
Comunicación		15.8	<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		18.0	<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		28.4	<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		25.2	<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		20.1	<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	T

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.

♦ 14 Meses ♦

Cuestionario



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

Cosas Importantes que Recordar:

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

