

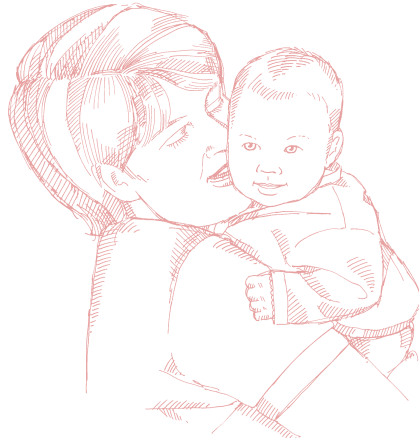
## Edades y Etapas: Social-Emocional

Un Cuestionario Completado por los Padres para Evaluar el Comportamiento Social-Emocional de los Niños\*

Por Jane Squires, Diane Bricker y Elizabeth Twombly

con la ayuda de Suzanne Yockelson, Maura Schoen Davis y Younghee Kim

Copyright © 2002 por Paul H. Brookes Publishing Co.



# 60 Meses/5 Años Cuestionario



(Para niños de 54 a 65 meses de edad)



### *Puntos Importantes de Recordar:*

- Las preguntas por turno usan “niño” o “niña” como ejemplos. Por favor conteste todas las preguntas sin importar si usted tiene un niño o una niña.
- 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 \_\_\_\_\_ .
- Muchas gracias por su participación en este proyecto.

\*Translated from the English:  
*Ages & Stages Questionnaires®: Social-Emotional:  
A Parent-Completed, Child-Monitoring System  
for Social-Emotional Behaviors, Squires et al.  
© 2002 Paul H. Brookes Publishing Co.*



Edades y Etapas: Social-Emocional

Un Cuestionario Completado por los Padres para Evaluar el Comportamiento Social-Emocional de los Niños\*

Por Jane Squires, Diane Bricker y Elizabeth Twombly

con la ayuda de Suzanne Yockelson, Maura Schoen Davis y Younghee Kim

Copyright © 2002 por Paul H. Brookes Publishing Co.

# ASQ:SE 60 Meses/5 Años

## Cuestionario

(Para niños de 54 a 65 meses de edad)

.....

Por favor dé la siguiente información.

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del niño/a: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Persona llenando este cuestionario:  
\_\_\_\_\_

¿Cuál es su relación con el niño/a? \_\_\_\_\_

Su número de teléfono: \_\_\_\_\_

Su dirección (para correspondencia): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Haga una lista de cualquier otra persona que le asista en llenar este cuestionario: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Programa de administración/proveedor: \_\_\_\_\_

\* Translated from the English:  
*Ages & Stages Questionnaires®: Social-Emotional:  
A Parent-Completed, Child-Monitoring System  
for Social-Emotional Behaviors, Squires et al.  
© 2002 Paul H. Brookes Publishing Co.*



Por favor lea cada una de las preguntas con cuidado y

1. Marque el cuadro  que describa mejor el comportamiento de su niño/a y
2. Marque el círculo  si este comportamiento le preocupa

LA  
MAYORÍA  
DE LAS  
VECES

ALGUNAS  
VECES

RARA VEZ  
O NUNCA

MARQUE SI  
ESTO ES  
UNA PRE-  
OCUPACIÓN

1. Cuando usted le habla a su niña, ¿le mira a usted?

c

v

x

2. ¿Se apega su niño a usted más de lo que usted espera?

x

v

c

3. ¿A su niño le gusta que lo abracen o lo acurruquen?



c

v

x

4. ¿Habla y/o juega su niño con adultos que él conoce bien?

c

v

x

5. Cuando su niña está alterada, ¿se puede calmar dentro de 15 minutos?

c

v

x

6. ¿Parece ser su niño demasiado amistoso con los desconocidos?

x

v

c

7. ¿Se puede calmar por sí misma su niña después de períodos de actividad agitada?

c

v

x

8. ¿Parece ser contento su niño?

c

v

x



9. ¿Llora, grita o hace berrinche su niña durante mucho rato?

x

v

c

TOTAL EN LA PÁGINA \_\_\_\_

		LA MAYORÍA DE LAS VECES	ALGUNAS VECES	RARA VEZ O NUNCA	MARQUE SI ESTO ES UNA PRE- OCUPACIÓN
10. ¿A su niño le interesan las cosas alrededor de él, como personas, juguetes y comida?		<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/>
11. ¿Va sola al baño su niña? (Está bien si le tiene que recordar y le ayuda a limpiarse.)		<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/>
12. ¿Tiene su niño problemas con la alimentación, como llenarse la boca, vomitar, comer cosas que no son comida o _____ ? (Usted puede anotar cualquier problema.)		<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> c	<input type="radio"/>
13. ¿Puede permanecer su niña con actividades que le gustan por lo menos 15 minutos (no incluye mirando la televisión)?		<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/>
14. ¿Usted y su niño disfrutan de la hora de comida juntos?		<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/>
15. ¿Hace su niña lo que usted le pide?		<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/>
16. ¿Parece ser su niño más activo que otros niños de su mismo edad?		<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> c	<input type="radio"/>
17. ¿Duerme su niña por lo menos 8 horas dentro de un período de 24 horas?		<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/>
TOTAL EN LA PÁGINA					___

	LA MAYORÍA DE LAS VECES	ALGUNAS VECES	RARA VEZ O NUNCA	MARQUE SI ESTO ES UNA PRE- OCUPACIÓN
18. ¿Usa palabras su niño para decirle lo que quiere o necesita?	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/>
19. ¿Usa palabras su niña para describir sus sentimientos y los sentimientos de otros, por ejemplo, “Estoy contenta”, “No me gusta eso” o “Ella está triste”?	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/>
20. ¿Puede pasar su niño de una actividad a otra sin mucha dificultad, como de la hora de jugar a la hora de comida?	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/>
21. ¿Explora su niña lugares nuevos, como un parque o la casa de un amigo?	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/>
22. ¿Hace su niño las cosas una y otra vez y parece incapaz de dejar de hacerlo? Unos ejemplos son mecerse, manotear, dar vueltas o _____ . (Usted puede anotar cualquier otra cosa.)	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> c	<input type="radio"/>
23. ¿Se lastima su niña a propósito?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> c	<input type="radio"/>
24. ¿Sigue su niño las reglas (en casa, en donde lo cuidan)?	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/>
25. ¿Destruye o daña las cosas a propósito su niño?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> c	<input type="radio"/>



TOTAL EN LA PÁGINA \_\_\_\_

	LA MAYORÍA DE LAS VECES	ALGUNAS VECES	RARA VEZ O NUNCA	MARQUE SI ESTO ES UNA PRE- OCUPACIÓN
26. ¿Se mantiene alejado su niño de los peligros, como el fuego o los carros en movimiento?	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/>
27. ¿Se preocupa su niña por los sentimientos de otras personas? Por ejemplo, ¿se pone triste cuando alguien se lastima?	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/>
28. ¿A los otros niños les gusta jugar con su niño?	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/>
29. ¿A su niña le gusta jugar con otros niños?	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/>
30. ¿Intenta su niño lastimar a otros niños, adultos o animales (por ejemplo, pateando o mordiendo)?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> c	<input type="radio"/>
31. ¿Toma turno y comparte su niña cuando juega con otros niños?	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/>
32. ¿Muestra su niño interés en o conocimiento de lenguaje sexual y actividad sexual?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> c	<input type="radio"/>
33. ¿Ha expresado alguien preocupación por el comportamiento de su niña? Si usted marcó "algunas veces" o "la mayoría de las veces", por favor explique:	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> c	<input type="radio"/>
_____				
_____				
_____				
_____				
TOTAL EN LA PÁGINA ____				



34. ¿Tiene usted preocupaciones por las costumbres de comer, dormir o ir al baño de su niño? Si así es, por favor explique:

---

---

---

---

35. ¿Hay algo que le preocupa de su niña? Si así es, por favor explique:

---

---

---

---

36. ¿Cuáles son las cosas que disfruta más de su niño?

---

---

---

---