

**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**

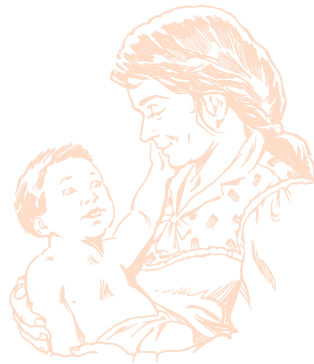
Copyright © 1999 por Paul H. Brookes Publishing Co.

# 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.



**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**

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.



SÍ      A VECES      TODAVÍA NO

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

1. 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: “Aplauda con las manos, camina hacia la puerta y siéntate.” O “Dáme el lápiz, abre el libro y párate.”                   \_\_\_\_\_

2. ¿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:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Al hablar de algo que ya ha pasado, ¿usa su niño/a el tiempo pasado de los verbos? Por ejemplo, ¿dice “Habló por teléfono”; “Fui a la tienda”; o “Jugué con la muñeca”? Hágale preguntas a su niño/a, como “¿Cómo fuiste a la tienda?” (“Caminé”); “¿Qué hicieron tus amigos?” (“Jugaron a los naipes”).                   \_\_\_\_\_

Escriba un ejemplo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. ¿Usa su niño/a palabras comparativas, como “el más pesado”, “más fuerte que” y “más bajo que”? Hágale preguntas a su niño/a, como “Un auto es grande, pero un autobús es \_\_\_\_\_” (más grande); “el papá es viejo, pero el abuelo es aún \_\_\_\_\_” (mayor); “un televisor es pequeño, pero un libro es \_\_\_\_\_” (más pequeño).                   \_\_\_\_\_

Escriba un ejemplo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. ¿Puede su niño/a responder a las siguientes preguntas?

a. “¿Qué haces cuando tienes hambre?”

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Escriba la respuesta de su niño/a. Respuestas aceptables incluyen “Busco comida”, “Como algo”, “Le pido algo que comer a mi mamá” o “Como un bocado”.)

b. “¿Qué haces cuando estás cansado?”

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Marque “a veces” si su niño/a responde a solamente una pregunta.                   \_\_\_\_\_

**COMUNICACIÓN** (continuación)

(Escriba la respuesta de su niño/a. Respuestas aceptables incluyen "Duelmo una siesta", "Descanso", "Me voy a dormir", "Me acuesto" y "Me siento.")


6. ¿Puede su niño/a repetir las siguientes frases, sin errores? Ud. puede repetir cada frase una vez. Marque "sí" si su niño/a repite ambas frases sin errores o "a veces" si su niño/a repite una frase sin errores.    \_\_\_\_\_


Jaunita esconde sus zapatos para que María los encuentre.


Miguel leyó el libro azul debajo de la cama.

TOTAL PARA COMUNICACIÓN \_\_\_\_\_

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

1. 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 "Sí" si deja caer la pelota, suelta la pelota o tira la pelota desde la altura de la cintura.)     \_\_\_\_\_

2. ¿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.     \_\_\_\_\_

3. 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?     \_\_\_\_\_

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

5. ¿Puede su niño/a saltar con un pie una distancia de 4-6 pies sin plantar el otro pie? Déle dos o tres oportunidades con cada pie. Marque "a veces" si puede saltar con solamente un pie, y no con el otro.    \_\_\_\_\_

6. ¿Puede su niño/a brincar usando los pies alternadamente? Ud. puede demostrarle cómo.    \_\_\_\_\_

TOTAL PARA MOVIMIENTOS AMPLIOS \_\_\_\_\_

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

1. 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.    \_\_\_\_\_

**MOVIMIENTOS FINOS** (continuación)

2. 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.

\_\_\_\_\_

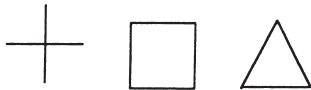
3. Dibuje una línea en una hoja de papel. Usando tijeras apropiadas para niño/a, ¿puede su niño/a cortar el papel en dos partes, en (más o menos) una línea recta, haciendo que las tijeras se abran y se cierren? Déle a su niño/a tiempo para practicar si no ha usado tijeras antes. (Por razones de seguridad,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



\_\_\_\_\_

4. Usando las siguientes figuras como modelos, ¿puede su niño/a copiar las figuras en el espacio abajo sin trazarlas? Sus dibujos deben parecerse a los modelos, aunque pueden ser de diferentes tamaños. Marque "sí" si puede copiar las tres figuras; marque "a veces" si puede copiar solamente dos.

\_\_\_\_\_



(Copie las figuras aquí.)

5. Usando las siguientes letras como modelos, ¿puede su niño/a copiar las letras sin trazarlas? Cubra todas las letras menos la letra que está copiando. Marque "sí" si su niño/a puede copiar 4 de las letras y Ud. puede leerlas. Marque "a veces" si puede copiar 2 o 3 letras y Ud. puede leerlas.

\_\_\_\_\_

V H T C A

(Copie las letras aquí.)

SÍ      A VECES      TODAVÍA NO

**MOVIMIENTOS FINOS**      *(continuación)*

6. Escriba (con letras de imprenta) el nombre de su niño/a. ¿Puede copiar las letras? Las letras pueden ser de diferentes tamaños, al revés o invertidas. Marque "a veces" si su niño/a copia más o menos la mitad de las letras.

                 \_\_\_\_\_

(Espacio para la letra del adulto.)

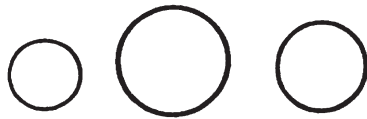
(Espacio para la letra del niño/a.)

TOTAL PARA MOVIMIENTOS FINOS \_\_\_\_\_

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

1. 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.)

                 \_\_\_\_\_



2. Cuando Ud. le pregunta los colores de diferentes cosas, ¿puede su niño/a nombrar por lo menos 5 colores, como rojo, azul, amarillo, anaranjado, negro, blanco o rosado? Marque "sí" solamente si su niño/a puede decirle cinco colores.

                 \_\_\_\_\_

3. ¿Puede su niño/a contar hasta 15 sin hacer errores? Si puede hacerlo, marque "sí." Si cuenta hasta 12 sin errores, marque "a veces."

                 \_\_\_\_\_

**RESOLUCIÓN de PROBLEMAS** (continuación)

4. ¿Puede su niño/a completar las siguientes oraciones usando una palabra que es el opuesto de la palabra que está subrayada? Por ejemplo: "Una piedra es dura, y una almohada es \_\_\_" (suave).

Escriba las respuestas de su niño/a abajo:

Una vaca es *grande*, y un ratón es \_\_\_.

El hielo es *frío*, y el fuego es \_\_\_.

Vemos las estrellas en la *noche*, y vemos el sol en el \_\_\_.

Cuando tiro una pelota *hacia arriba*, se cae \_\_\_.

Marque "sí" si puede completar 3 de 4 oraciones correctamente. Si completa 2 oraciones, marque "a veces."

\_\_\_

5. ¿Sabe su niño/a los nombres de los números? Marque "sí" si puede identificar a los tres números abajo. Marque "a veces" si puede identificar a dos números.

\_\_\_

3                      1                      2

6. ¿Puede su niño/a nombrar por lo menos 4 letras en su nombre? Apunte a las letras y pida, "¿Qué letra es ésta?" Apunte a las letras *perono* en orden.

\_\_\_

TOTAL PARA RESOLUCIÓN de PROBLEMAS \_\_\_

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

1. ¿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?

\_\_\_

2. ¿Se lava su niño/a las manos y cara con jabón y agua y se seca con una toalla sin ayuda?

\_\_\_

3. ¿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

4. ¿Se viste y se desviste su niño/a sólo, abotonando botones de tamaño mediano y subiendo el cierre?

\_\_\_

5. ¿Puede su niño/a ir al baño solo? (Esto incluye ir al baño, sentarse en el retrete, limpiarse y apretar el botón del inodoro.) Marque "sí" aún si lo hace después de que Ud. se lo recuerda.

\_\_\_

SÍ      A VECES      TODAVÍA NO

**SOCIO-INDIVIDUAL**      *(continuación)*

6. ¿Su niño/a usualmente comparte cosas con otras niño/as y espera su turno en actividades con otros?                        \_\_\_\_\_

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 60to Mes/5to Años

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Persona llenando cuestionario: \_\_\_\_\_ Parentezco: \_\_\_\_\_  
 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?<br>Comentarios:                                | SÍ NO | 5. Historial: ¿Hay problemas auditivos de la familia?<br>Comentarios: | SÍ NO |
| 2. ¿Habla como otros niños?<br>Comentarios:                  | SÍ NO | 6. ¿Preocupaciones sobre la vista?<br>Comentarios:                    | SÍ NO |
| 3. ¿Puede Ud. comprender a su niño/a?<br>Comentarios:        | SÍ NO | 7. ¿Problemas médicos recientes?<br>Comentarios:                      | SÍ NO |
| 4. ¿Camina, corre, y trepa como otros niños?<br>Comentarios: | SÍ NO | 8. ¿Otros preocupaciones?<br>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		
			1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
60 meses/5 años	Comunicación	31.7	<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	32.7	<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	30.5	<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	30.1	<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"/>
	Socio-individual	39.5	<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: \_\_\_\_\_