

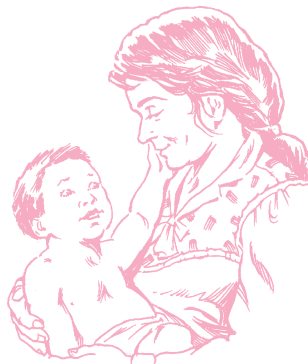
Edades y Etapas: Un Cuestionario Completado por los Padres para Evaluar a los Niños* **Segunda Edición**

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.

◆ **30 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 Mounst, LaWanda Potter, Robert Nickel, Elizabeth Twombly, y Jane Farrell**

Copyright © 1999 por Paul H. Brookes Publishing Co.

◆ **30 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.



SÍ A VECES TODAVÍA NO

MOVIMIENTOS AMPLIOS *(continuación)*

4. ¿Sabe saltar levantando los dos pies del suelo a la vez?



5. ¿Sabe subir las escaleras poniendo un pie en cada escalón? (El pie izquierdo en un escalón y el derecho en el siguiente). Puede agarrarse 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.)



 _____*

6. ¿Puede apoyarse en un solo pie por un segundo sin agarrarse de nada?



TOTAL PARA MOVIMIENTOS AMPLIOS _____

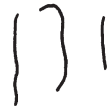
**Si en los movimientos amplios marco el número 5 afirmativamente, marque el número 2 del mismo, afirmativamente también.*

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. 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



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



4. 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



MOVIMIENTOS FINOS (continuación)

SÍ A VECES TODAVÍA NO

5. Después de observarle a Ud. dibujar un solo círculo, pida su niño/a que dibuje un círculo como el suyo. No le deje usar papel transparente o dibujar encima del suyo. ¿Hace lo que Ud. hizo, dibujando un círculo?

Marque afirmativamente



Marque negativamente



6. ¿Sabe pasar las hojas de un libro una por una?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___

TOTAL PARA MOVIMIENTOS FINOS ___

RESOLUCIÓN de PROBLEMAS

Intente hacer cada actividad con su niño/a.

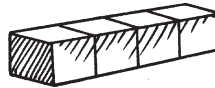
1. Al mirarse al espejo, pregúntele: “¿dónde está _____?” (Use el nombre de su niño/a). ¿Se señala en el espejo?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
--------------------------	--------------------------	--------------------------	-----

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

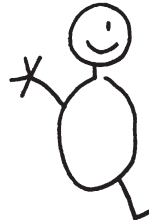
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
--------------------------	--------------------------	--------------------------	-----

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



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
--------------------------	--------------------------	--------------------------	-----

4. 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.



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
--------------------------	--------------------------	--------------------------	-----

Escriba la respuesta de su niño/a a continuación:

5. Al decirle: “Di siete tres”, ¿sabe repetir *sólo* los dos números en el orden correcto? No repita los números. Si es necesario, intente otro par de números y diga: “Di ocho dos”. Sólo es necesario que el niño repita uno de los dos pares de números para que Ud. pueda responder afirmativamente a la pregunta.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
--------------------------	--------------------------	--------------------------	-----

6. Después de hacer un dibujo o un garabato, ¿le cuenta su hijo lo que acaba de dibujar? Ud. le puede decir “Cuéntame sobre tu dibujo” o preguntar “¿Qué es?”

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
--------------------------	--------------------------	--------------------------	-----

TOTAL PARA RESOLUCIÓN de PROBLEMAS ___

	SÍ	A VECES	TODAVÍA NO	
SOCIO-INDIVIDUAL <i>Intente hacer cada actividad con su niño/a.</i>				
1. Si Ud. hace algunos de los siguientes gestos, ¿le intenta imitar al menos una vez? a. Abrir y cerrar la boca. c. Tirarse de la oreja. b. Abrir y cerrar los ojos. d. Tocarse la mejilla.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
2. ¿Sabe meterse la cuchara en la boca sin que normalmente se le caiga la comida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
3. ¿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"/>	___
4. ¿Sabe ponerse el abrigo, su chaqueta o su camisa sin ayuda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
5. Después de meterle los pantalones por los pies, ¿se los sube hasta la cintura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
6. Al mirarse su niño/a en espejo y Ud. le pregunta: "¿Quién está ahí?", ¿contesta "yo" o dice su nombre?	<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? Si contesta "No", explique: _____	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
2. ¿Cree Ud. que habla igual que los otros niños de su edad? Si contesta "No", explique: _____	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
3. ¿Puede Ud. entender casi todo lo que su niño/a le dice? Si contesta "No", explique: _____	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
4. ¿Cree Ud. que camina, corre y trepa igual que los otros niños de su edad? Si contesta "No", explique: _____	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
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? Si contesta "Sí", explique: _____	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
6. ¿Tiene Ud. alguna preocupación sobre la vista de su niño/a? Si contesta "Sí", explique: _____	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
7. ¿Ha tenido su niño/a algún problema médico en los últimos meses? Si contesta "Sí", explique: _____	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
8. ¿Hay algo de su niño/a que a Ud. le preocupe? Si contesta "Sí", explique: _____	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

ASQ Sumario Informativo 30to Mes

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?
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			
30 meses	Comunicación		38.8	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		30.6	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		25.2	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		28.9	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"/>
	Socio-individual		36.9	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"/>
				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: _____