

24 Meses – 2 Años
Cuestionario
Edades y Etapas (2nd Edition)

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.

NOMBRE DEL NIÑO/A:		FECHA DE NACIMIENTO:
NOMBRE DEL PADRE O MADRE:		FECHA DE HOY:
EDAD DEL NIÑO: (HOY)	NACIO SU NIÑO/A: <input type="checkbox"/> PREMATURO: ¿CUANTAS SEMANAS TEMPRANO? <input type="checkbox"/> A TIEMPO <input type="checkbox"/> TARDE: ¿CUANTAS SEMANAS TARDE?	
NOMBRE DE PERSONA LLENANDO ESTE CUESTIONARIO:		
¿CUAL ES SU RELACION AL NIÑO/A?		
HAGA UNA LISTA DE CUALQUIERA OTRA PERSONA QUE LE ASISTA EN EL LLENAR DE ESTE 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. 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.

COMUNICACION

Intente hacer cada actividad con su niño/a.

- | | SI | A VECES | TODAVIA NO | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 1. Sin enseñarle primero, ¿puede señalar con el dedo al dibujo correcta cuando Ud. le dice: "enséñame dónde está el gatito" o "¿dónde está la pelota?" (Solamente tiene que identificar un dibujo.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 2. ¿Imita su niño/a una oración de dos palabras? Por ejemplo, cuando Ud. dice "Mamá juega" o "Papá come" o "¿Qué es?", repite su niño/a a misma frase? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 3. Sin darle pistas señalándole o usando gestos, ¿puede seguir al menos tres de las siguientes instrucciones? (a) "Pon el juguete en la mesa". (b) "Cierra la puerta". (c) "Tráeme una toalla". (d) "Busca tu abrigo". (e) "Dame la mano". (f) "Agarra tu libro". | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 4. Si Ud. le señala un dibujo de una pelota (gatito, vaso, gorro, etc.) y le dice "¿qué es?", ¿puede identificar correctamente menos un dibujo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 5. ¿Puede decir dos o tres palabras juntas que representen ideas diferentes, como: "veo perro", "mamá llega a casa" o "gatito no está"? (No cuente las combinaciones de | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |

palabras que expresen una sola idea como "está bien", "¿qué es?", o "se terminó".)

Escriba un ejemplo de las combinaciones de palabras que usa:

6. ¿Puede usar correctamente al menos dos palabras como "me", "yo", "mío" o "tú"? ___

MOVIMIENTOS AMPLIOS

Intente hacer cada actividad con su niño/a.

- | | SI | A VECES | TODAVIA NO | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 1. ¿Puede bajar escaleras si Ud. lo lleva de la mano? Mire esto en otros lugares. Puede ser en una tienda, en un parque de juegos o en casa. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 2. Al enseñarle cómo se da una patada a un balón, ¿intenta repetirlo dando una patada al balón o moviéndolo la pierna hacia atrás y luego hacia adelante? o con las piernas al correr? (Si ya sabe dar una patada al balón, responda afirmativamente a la pregunta.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 3. ¿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"/> | ___ |
| 4. ¿Sabe correr bastante bien, parándose sin darse golpes o caerse? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 5. ¿Sabe saltar levantando los dos pies del suelo a la vez? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 6. Sin apoyarse en ningún objeto, ¿sabe dar una patada a un balón moviendo la pierna hacia atrás y luego hacia adelante? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |



MOVIMIENTOS FINOS

Intente hacer cada actividad con su niño/a.

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 1. ¿Sabe meterse la cuchara en la boca sin que normalmente se le caiga la comida? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 2. ¿Sabe pasar las hojas de un libro sin ayuda? (Puede pasar más de una hoja a la vez). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 3. ¿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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 4. ¿Sabe apagar y encender la luz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 5. ¿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.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 6. ¿Sabe meter un cordón por el agujero de una bolita de madera o por los agujeros del zapato? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |

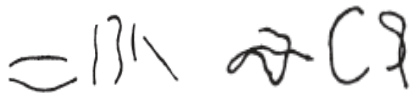
RESOLUCION DE PROBLEMAS

Intente hacer cada actividad con su niño/a.

- | | | | | |
|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| | SI | A VECES | TODAVIA NO | |
| 1. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
- Después de verle a Ud. dibujar una línea de arriba abajo en la hoja de papel usando una crayola, ¿le copia intentando dibujar una línea en cualquiera dirección? (No cuente el hacer garabatos de un lado para otro.)

CUENTA
COMO SI

CUENTA COMO
TODAVIA NO



- | | | | | |
|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 2. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 3. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 4. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 5. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 6. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
- Sin enseñarle cómo se hace, ¿sabe dar vuelta a una botella transparente pequeña, una botella de refresco o un biberón que contenga una migaja o un Cheerio para sacarlo?
- ¿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?
- ¿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?
- Si quiere algo que no alcanza, ¿Busca una silla o una caja para subirse y poderlo alcanzarlo?
- Mientras su niño/a le observa, ponga cuatro objetos, como unos cubos o unos carritos, en línea recta. ¿Intenta imitarle poniendo al menos cuatro objetos en línea recta? (También puede usar carretes de hilo, unas cajitas u otros juguetes.)

SOCIO-INDIVIDUAL

Intente hacer cada actividad con su niño/a.

- | | | | | |
|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| | SI | A VECES | TODAVIA NO | |
| 1. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 2. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 3. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 4. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 5. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
- ¿Sabe beber de un vaso o de una taza y bajarlo nuevamente sin que se le derrame mucho el contenido?
- ¿Le imita su niño/a haciendo las mismas actividades que Ud. hace, como limpiar algo que se le ha caído, pasar la aspiradora, afeitarse, o peinarse?
- ¿Come con un tenedor?
- Al jugar con un mono de peluche o con una muñeca, ¿lo mece, le da de comer, le cambia los pañales, lo acuesta, etc.?
- ¿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?

- | | | | | |
|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 6. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
- ¿Se refiere a sí mismo/a llamándose "yo" más que por su propio nombre? Es decir, "yo pongo" en lugar de "Susana pone".

GENERAL

Intente hacer cada actividad con su bebé.

- | | | |
|----|--------------------------|--------------------------|
| | SI | NO |
| 1. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- ¿Cree Ud. que su niño/a oye bien? Si contesta "No", explique:
- ¿Cree Ud. que habla igual que los otros niños de su edad? Si contesta "No", explique:
- ¿Puede entender casi todo lo que le dice? Si contesta "No", explique:
- ¿Cree Ud. que camina, corre y trepa igual que los otros niños de su edad? Si contesta "No", explique:
- ¿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:
- ¿Tiene Ud. alguna preocupación sobre la vista de su niño/a? Si contesta "Sí", explique:
- ¿Ha tenido su niño/a algún problema médico en los últimos meses? Si contesta "Sí", explique:
- ¿Hay algo de su niño/a que a Ud. le preocupe? Si contesta "Sí", explique:

ESTA SECCION SE RESERVA PARA EL CONSULTORIO MEDICO

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.
SI = 10 A VECES = 5 TODAVIA NO = 0
- Añada las partes calificadas de cada sección y anote esos resultados.
- Indique el total del bebé en cada área, llenando los cuadritos apropiados en el cuadro inferior. Por ejemplo, si la anotación total para el área de comunicación fue 50, llene el cuadritos debajo del 50 en la primera fila.

	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
COMUNICACION													
MOVIMIENTO AMP													
MOVIMIENTO FINO													
RESOLUCION													
SOCIO-INDIVIDUAL													