

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.



6 Meses

Cuestionario

(Para bebés de 3 a 8 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 y por favor espere llenar otro cuestionario en _____ meses.

*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 6 Meses

Cuestionario

(Para bebés de 3 a 8 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.*

ASQ[®]SE™

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 su bebé está alterado, ¿se puede calmar dentro de media hora?

c

v

x

o



2. ¿Se sonríe su bebé con usted y con otros miembros de la familia?

c

v

x

o

3. ¿A su bebé le gusta que lo levanten y lo abracen?

c

v

x

o

4. Al levantar a su bebé, ¿se pone rígida y arquea la espalda?

x

v

c

o

5. Cuando usted le habla a su bebé, ¿le mira a usted y parece que le está escuchando?

c

v

x

o

6. ¿Le avisa su bebé cuando tiene hambre o está enferma?

c

v

x

o

7. Cuando su bebé está despierto, ¿parece que le gusta ver o escuchar a las personas?

c

v

x

o



8. ¿Se puede calmar su bebé por sí mismo (por ejemplo, chupándose la mano o el chupón)?

c

v

x

o

9. ¿Llora su bebé durante mucho rato?

x

v

c

o

TOTAL EN LA PÁGINA _____

| | LA MAYORÍA DE LAS VECES | ALGUNAS VECES | RARA VEZ O NUNCA | MARQUE SI ESTO ES UNA PRE- OCUPACIÓN | |
|--|---|----------------------------|----------------------------|---|-----------------------|
| 10. ¿Tiene su bebé el cuerpo relajado? | <input type="checkbox"/> c | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> | |
| 11. ¿Tiene su bebé dificultad en chupar el biberón o el pecho? | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> c | <input type="radio"/> | |
| 12. ¿Dura usted más de 30 minutos para darle de comer a su bebé? | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> c | <input type="radio"/> | |
| 13. ¿Usted y su bebé disfrutan de la hora de comida juntos (incluyendo darle pecho o biberón)? | <input type="checkbox"/> c | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> | |
| 14. ¿Tiene su bebé algún problema con la alimentación, como dar báscas a, vomitar o _____? (Usted puede anotar cualquier problema.) | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> c | <input type="radio"/> | |
| 15. Durante el día, ¿se mantiene despierto su bebé por una hora consecutiva o más tiempo? | <input type="checkbox"/> c | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> | |
| 16. ¿Tiene su bebé dificultad para dormirse a la hora de la siesta o en la noche? | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> c | <input type="radio"/> | |
| 17. ¿Duerme su bebé por lo menos 10 horas dentro de un período de 24 horas? |  | <input type="checkbox"/> c | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> |
| 18. ¿Se estriñe o tiene diarrea su bebé? | <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

19. ¿Ha expresado alguien preocupación por el comportamiento de su bebé? Si usted marcó "algunas veces" o "la mayoría de las veces", por favor explique:

x

v

c

20. ¿Tiene usted preocupación por las costumbres de comer o dormir de su bebé? Si así es, por favor explique:

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

22. ¿Cuáles son las cosas que disfruta más de su bebé?

TOTAL EN LA PÁGINA