

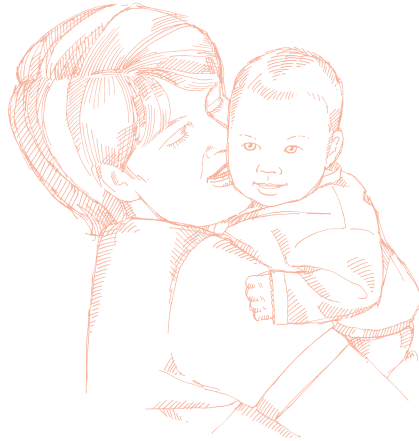
Edades y Etapas: Social-Emocional

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.



12 Meses/1 Año Cuestionario



(Para niños de 9 a 14 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 12 Meses/1 Año Cuestionario

(Para niños de 9 a 14 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. ¿Se ríe o se sonríe su bebé con usted y con otros miembros de la familia?



☐ c

☐ v

☐ x

☐

2. ¿Le busca su bebé a usted cuando un desconocido se acerca?

☐ c

☐ v

☐ x

☐

3. ¿A su bebé le gusta jugar cerca de y estar con miembros de la familia y amigos?

☐ c

☐ v

☐ x

☐

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

☐ c

☐ v

☐ x

☐

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

☐ c

☐ v

☐ x

☐

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

☐ x

☐ v

☐ c

☐

7. ¿A su bebé le gusta jugar juegos como el Peekaboo o las escondidas?



☐ c

☐ v

☐ x

☐

8. ¿Tiene su bebé el cuerpo relajado?

☐ c

☐ v

☐ x

☐

9. ¿Llora, grita o hace berrinche su bebé 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. ¿Se puede calmar su bebé por sí mismo (por ejemplo, chupándose la mano o el chupón)?		<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/>
11. ¿A su bebé le interesan las cosas alrededor de ella, como personas, juguetes y comida?		<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<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?		<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 bascas a, vomitar o _____ ? (Usted puede anotar cualquier problema.)		<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> c	<input type="radio"/>
15. ¿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"/>
16. ¿Hace su bebé sonidos balbuceos? Por ejemplo, ¿combina sonidos como “ba-ba-ba-ba” o “na-na-na-na”? (Si su bebé se balbucea mucho, marque “la mayoría de las veces”).		<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<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"/>
TOTAL EN LA PÁGINA					___

	LA MAYORÍA DE LAS VECES	ALGUNAS VECES	RARA VEZ O NUNCA	MARQUE SI ESTO ES UNA PRE- OCUPACIÓN
18. ¿Se estríñe o tiene diarrea su bebé?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> c	<input type="radio"/>
19. ¿Le avisa su bebé cuando tiene hambre, se lastima o está cansada?	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/>
20. Cuando usted le habla a su bebé, ¿voltea la cabeza, le mira o se sonríe?	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/>
21. ¿Intenta su bebé 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"/>
22. ¿Ha expresado alguien preocupación por el comportamiento de su bebé? 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"/>
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				
23. ¿Tiene usted preocupación por las costumbres de comer o dormir de su bebé? Si así es, por favor explique:	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
TOTAL EN LA PÁGINA ____				

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

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