

18 Meses – 1 Año y medio

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 BEBE: | | FECHA DE NACIMIENTO: |
| NOMBRE DEL PADRE O MADRE: | | FECHA DE HOY: |
| EDAD DEL NIÑO: (HOY) | NACIO SU NIÑO: <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 BEBE? | | |
| 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 bebé.

| | SI | A VECES | TODAVIA NO |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Cuando su niño/a quiere algo, ¿se lo deja saber señalándolo con el dedo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Cuando Ud. le pide que vaya a buscar a otro cuarto un juguete u objeto conocido? Puede decirle, "¿dónde está la pelota?", "tráeme tu abrigo", o "busca tu cobija". | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿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 la misma frase? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Sabe decir ocho o más palabras además de "mamá" y "papá"? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Sin enseñarle primero, ¿puede señalar con el dedo al dibujo correcto cuando Ud. le pregunta: "enseñame dónde está el gatito", o le pregunta: "¿dónde está el perro?" (Solamente tiene que identificar un dibujo.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Puede decir dos o tres palabras juntas que representen ideas diferentes, como: "veo perro", "mamá llega a casa" o "¿se fue el gatito"? (No cuente las combinaciones de | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

palabras que expresen una sola idea como "se acabo", "está bien", y "¿qué es?")

Escriba un ejemplo de las combinaciones de palabras que hace:

MOVIMIENTOS AMPLIOS

Intente hacer cada actividad con su bebé.

| | SI | A VECES | TODAVIA NO |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Puede agacharse para agarrar un objeto del suelo y volverse a poner de pie sin apoyarse en nada? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Camina por la casa en lugar de gatear? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Anda con seguridad sin caerse a menudo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Se sube a una silla, por ejemplo, para agarrar algo que quiere y que no puede alcanzar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Puede bajar las escaleras si Ud. lo lleva de la mano? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Al enseñarle como 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"/> |



MOVIMIENTOS FINOS


Intente hacer cada actividad con su bebé.

| | SI | A VECES | TODAVIA NO |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Puede tirar una pelota hacia adelante? (Si simplemente la deja caer, responda "todavía no" a esta pregunta.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Sabe colocar cubitos o juguetes unos encima de otros? (También puede usar carretes de hilo de coser, cajitas o juguetes que midan aproximadamente una pulgada o 3 centímetros.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Escribe con la punta de la crayola (del lápiz o de la pluma) al intentar dibujar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Sabe poner tres cubitos o juguetes unos encima de otros sin ayuda? (También puede usar carretes de hilo, cajitas o juguetes que midan aproximadamente una pulgada.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Sabe pasar las hojas de un libro sin ayuda? Tal vez pase más de una hoja a la vez. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Sabe meterse la cuchara en la boca sin que normalmente se la caiga la comida? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



RESOLUCION DE PROBLEMAS

Intente hacer cada actividad con su bebé.

- | | SI | A VECES | TODAVIA NO |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Mete varios juguetes pequeños (seis o más) dentro de un recipiente como una caja o un tazón? (Puede enseñarle cómo se hace.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Después de enseñarle cómo se hace, ¿Trata de agarrar un juguete que casi puede alcanzar usando una cuchara, un palo u otro implemento similar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Después de dejar caer una migaja o un Cheerio (cereal de desayuno) en una botella, ¿da vuelta a la botella para sacarlo? (Puede enseñarle como se hace.) Se puede usar una botella de píldoras, una botella de refresco o un biberón. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Sin enseñarle cómo se hace, ¿sabe hacer garabatos cuando se le da una crayola (o un lápiz o una pluma)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Después de verle a Ud. dibujar una línea de arriba abajo en una hoja de papel usando una crayola, ¿le copia intentando dibujar una línea en cualquier dirección? (No cuenta el hacer garabatos de un lado para otro.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>CUENTA COMO SI</div> <div>CUENTA COMO TODAVIA NO</div> </div>  | | | |
| 6. ¿Sin enseñarle cómo se hace, sabe dar vuelta a una pequeña botella transparente para sacar una migaja pequeña (del tamaño de un guisante o un Cheerio)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SOCIO-INDIVIDUAL

Intente hacer cada actividad con su bebé.

- | | SI | A VECES | TODAVIA NO |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Al mirarse en el espejo, ¿se ofrece a sí mismo/a un juguete? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Juega con una muñeca o con un mono de trapo, abrazándolo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Intenta conseguir su atención o intenta enseñarle algo tirándole de la mano o de la ropa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Viene a pedirle ayuda, como cuando necesita que alguien le dé cuerda a un juguete? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Sabe beber de un vaso y bajarlo nuevamente sin que se le caiga mucho del contenido? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Le imita su hijo haciendo las mismas actividades que Ud. hace, como limpiar algo que se le ha caído, pasar la aspiradora, afeitarse o peinarse? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

GENERAL

Intente hacer cada actividad con su bebé.

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