

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.

◆ **4 Meses** ◆

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.

Cosas Importantes que Recordar:

- ☒ 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.
- ☒ 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: _____.
- ☒ 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 Mounts, LaWanda Potter, Robert Nickel, Elizabeth Twombly, y Jane Farrell**

Copyright © 1999 por Paul H. Brookes Publishing Co.

◆ **4 Meses** ◆
Cuestionario

Por favor da la siguiente información.

Nombre del bebé: _____

Fecha de nacimiento del bebé: _____

Fecha de nacimiento corregida del niño/a (si su niño/a fue prematuro,
añada el número de semanas de premaduridad a la fecha de nacimiento): _____

Día de hoy: _____

Complete este cuestionario antes de: _____

Persona llenando este cuestionario: _____

¿Cuál es su relación al bebé? _____

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

COMUNICACIÓN




Intente hacer cada actividad con su bebé.

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 1. ¿Se ríe calladamente su bebé? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 2. ¿Deja de llorar al verla a Ud. después de haberse ausentado brevemente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 3. ¿Deja de llorar cuando oye la voz de otra persona? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 4. ¿Puede hacer chillidos agudos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 5. ¿Se ríe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 6. ¿Hace sonidos al ver juguetes o a personas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |

TOTAL PARA COMUNICACIÓN ___

MOVIMIENTOS AMPLIOS


Intente hacer cada actividad con su bebé.

- | | | | | | |
|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 1. ¿Mueve su cabeza hacia los lados cuando está boca arriba? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | |
| 2. Cuando está boca abajo y levanta la cabeza, ¿la coloca en el suelo en lugar de simplemente dejarla caer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | |
| 3. Cuando está boca abajo, ¿puede sujetar la cabeza de manera que la barbilla esté a unas 3 pulgadas (o 8 centímetros) del suelo durante al menos 15 segundos? |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 4. Al estar boca abajo, ¿levanta la cabeza y mira a su alrededor? (Pueda apoyarse con los brazos al hacerlo.) |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 5. Al sentar a su bebé, ¿puede sujetar la cabeza? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | |
| 6. Al estar boca arriba, ¿se toca las manos y los dedos? |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |

TOTAL PARA MOVIMIENTOS AMPLIOS ___

MOVIMIENTOS FINOS

Intente hacer cada actividad con su bebé.

- | | | | | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 1. ¿Tiene las manos abiertas, al menos parcialmente, en vez de tenerlas cerradas en un puño, como cuando era recién nacido? |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 2. Al ponerle un juguete en la mano, ¿lo mueve de un lado para otro, al menos por unos momentos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | |
| 3. ¿Intenta agarrar o arañar su ropa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | |

	SÍ	A VECES	TODAVÍA NO	
MOVIMIENTOS FINOS (continuación)				
4. Al ponerle un juguete en la mano, ¿lo agarra al menos durante un minuto mientras lo mira, lo mueve o intenta morderlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
5. ¿Intenta agarrar o arañar con las uñas la superficie que tiene delante al estar sentado o cuando está boca abajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
6. Al tener el bebé sentado encima de Ud., ¿intenta agarrar un juguete que está en una mesa cercana, aunque no pueda alcanzarlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
TOTAL PARA MOVIMIENTOS FINOS				___

RESOLUCIÓN de PROBLEMAS	<i>Intente hacer cada actividad con su bebé.</i>			
1. Al mover lentamente un juguete de izquierda a derecha, delante de la cara de su bebé (como a unas 10 pulgadas o 25 centímetros de distancia), ¿lo sigue con los ojos, a veces moviendo la cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
2. Al mover un juguete lentamente, de arriba a abajo delante de su cara (como a unas 10 pulgadas o 25 centímetros de distancia), ¿lo sigue con los ojos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
3. Al sentar su bebé encima de Ud., ¿presta atención a un juguete (del tamaño de una taza o de una maruga) colocado en una mesa o en el suelo delante de él?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
4. Al ponerle un juguete en la mano, ¿se lo queda mirando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
5. Al ponerle un juguete en la mano, ¿se lo mete en la boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
6. Al enseñarle un juguete mientras está acostado boca arriba, ¿mueve los brazos hacia el juguete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___



TOTAL PARA RESOLUCIÓN de PROBLEMAS ___

SOCIO-INDIVIDUAL	<i>Intente hacer cada actividad con su bebé.</i>			
1. ¿Presta atención su bebé a sus manos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
2. Al juntar las manos, ¿juega con los dedos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
3. Al ver el pecho o el biberón, ¿sabe que le va a dar de comer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
4. Intenta agarrar el biberón con las dos manos, o intenta agarrarle el pecho con la mano que le queda libre al alimentarlo a cada lado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___



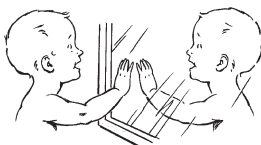
SOCIO-INDIVIDUAL*(continuación)*

SÍ A VECES TODAVÍA NO

5. Antes de que Ud. le sonría o le hable, ¿empieza su bebé a sonreírle a Ud. al verla acercarse?

☐☐☐☐

6. Cuando está delante de un espejo grande, ¿empieza a sonreír o a hacer sonidos?

☐☐☐☐

TOTAL PARA SOCIO-INDIVIDUAL

☐**GENERAL**

Padres y proveedores pueden utilizar el espacio que queda al final de esta página o en el reverso para comentarios adicionales.

1. ¿Cree Ud. que su bebé oye bien?

SÍ ☐NO ☐

Si contesta "No", explique: _____

2. ¿Cree Ud. que su bebé usa las dos manos igualmente bien?

SÍ ☐NO ☐

Si contesta "No", explique: _____

3. Al ponerle de pie, ¿Están los pies nivelados con el suelo la mayoría de las veces?

SÍ ☐NO ☐

Si contesta "No", explique: _____

4. ¿Tienen 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?

SÍ ☐NO ☐

Si contesta "Sí", explique: _____

5. ¿Tiene Ud. alguna preocupación sobre la vista de su niño/a?

SÍ ☐NO ☐

Si contesta "Sí", explique: _____

6. ¿Ha tenido su bebé algún problema médico en los últimos meses?

SÍ ☐NO ☐

Si contesta "Sí", explique: _____

7. ¿Hay algo de su bebé que a Ud. le preocupe?

SÍ ☐NO ☐

Si contesta "Sí", explique: _____

ASQ Sumario Informativo 4to Mes

Nombre del bebé: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Persona llenando cuestionario: _____ Fecha de nacimiento corregida: _____
 Dirección de correo: _____ Parentesco: _____
 Teléfono: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 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 | 4. Historial: ¿Hay problemas auditivos de la familia?
Comentarios: | SÍ NO |
| 2. ¿Usa las dos manos por igual?
Comentarios: | SÍ NO | 5. ¿Preocupaciones sobre la vista?
Comentarios: | SÍ NO |
| 3. ¿Pies planos en la superficie?
Comentarios: | SÍ NO | 6. ¿Problemas médicos recientes?
Comentarios: | SÍ NO |
| | | 7. ¿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 bebé 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 bebé cae entre ☐ área, el bebé aparenta estar bien en esa área hasta ahora.
- Si el total del bebé cae entre ☐ área, hable con un profesional. Su bebé 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
4 meses	Comunicación	33.3	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"/>	1 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	Movimientos amplios	40.1	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"/>	2 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	Movimientos finos	27.5	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"/>	3 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	Resolución de problemas	35.0	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"/>	4 <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"/>	5 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	Socio-individual	33.0	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"/>	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: _____