

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.

• 14 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.

•14 Meses•
Cuestionario

Por favor da la siguiente información.

Nombre del bebé: _____

Fecha de nacimiento del bebé: _____

Fecha de nacimiento correctada 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.



Llegados a esta edad, muchos niños se niegan a cooperar cuando se les pide que hagan determinadas cosas. Puede darse el caso de que Ud. tenga que intentar las actividades más de una vez con su niño/a. Si es posible, vuelva a intentar las actividades cuando su niño/a coopere mejor. Si su niño/a puede hacer la actividad, pero se niega hacerla, responda afirmativamente a la pregunta.

SÍ A VECES TODAVÍA NO

COMUNICACIÓN *Intente hacer cada actividad con su niño/a.*

- | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| 1. ¿Dice su niño/a una palabra además de "Mamá" y "Papá"?
(Llamamos "palabra" a un sonido o grupo de sonidos que el bebé siempre repite al referirse a alguien o a alguna cosa concreta, como "bibi" para decir biberón.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — |
| 2. Cuando su niño/a quiere algo, ¿le comunica a Ud. lo que quiere por apuntar con el dedo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — |
| 3. ¿Indica su niño/a "sí" y "no" con la cabeza? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — |
| 4. Intenta tocar, agarrar, o señalar con el dedo los dibujos de un libro? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — |
| 5. ¿Sabe decir al menos cuatro "palabras" además de "mamá" o "papá"? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — |
| 6. Cuando Ud. le pide, ¿va 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"/> | — |

TOTAL PARA COMUNICACIÓN —

MOVIMIENTOS AMPLIOS *Intente hacer cada actividad con su niño/a.*

- | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| 1. Si Ud. le coge las manos para ayudarle con el equilibrio, ¿puede su niño/a tomar algunos pasos sin dar un traspie o caerse? |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — |
| 2. Si le coge solamente un mano para ayudarle con el equilibrio, ¿puede su niño/a tomar algunos pasos? |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — |
| 3. ¿Puede su niño/a pararse en el medio del piso sin ayuda y tomar algunos pasos adelante? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — |
| 4. ¿Puede subirse a los muebles? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — |
| 5. ¿Puede agacharse para agarrar un objeto del suelo y volverse a poner de pie sin apoyarse a nada? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — |
| 6. ¿Camina su hijo/a por la casa en lugar de gatear? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — |

TOTAL PARA MOVIMIENTOS AMPLIOS —

SÍ A VECES TODAVÍA NO

MOVIMIENTOS FINOS

Intente hacer cada actividad con su niño/a.

1. Sin apoyar la mano o el brazo en la mesa, ¿agarra su niño/a una migaja o un Cheerio con el punto del pulgar y un dedo?



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2. ¿Tira su niño/a una pelota pequeña, moviendo el brazo hacia adelante?



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

3. ¿Ayuda su niño a pasar las páginas de un libro?
(Ud. puede darle la hoja para que él la agarre.)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

4. ¿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"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

5. ¿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"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

6. ¿Sabe colocar tres cubitos o juguetes unos encima de los otros sin ayuda?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

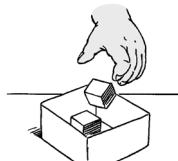
TOTAL PARA MOVIMIENTOS FINOS

RESOLUCIÓN de PROBLEMAS

Intente hacer cada actividad con su niño/a.

1. Si Ud. pone un juguete pequeño dentro de una caja o un tazón, ¿es que su niño/a le imita a Ud., aún si no la suelta? (Si ya lo deja caer en el recipiente o en la caja, responda afirmativamente a la pregunta.)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------



2. ¿Deja caer su niño dos juguetes pequeños, uno tras otro, en una caja u otro recipiente?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

3. Si Ud. garabatea en un papel con un pastel, ¿hace su niño/a lo mismo, imitandole a Ud.? (Si ya sabe hacer garabatos solo, responda afirmativamente a la pregunta.)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

4. ¿Sabe meter una migaja o un Cheerio (cereal de desayuno) en una botella clara pequeña (como un tubo de píldoras, una botella de refresco o un biberón?)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

5. ¿Mete varios juguetes pequeños (seis o más) dentro de un recipiente como una caja o un tazón? (Puede enseñarle cómo se hace.)

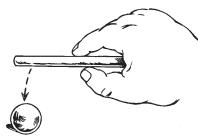
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

SÍ A VECES TODAVÍA NO

RESOLUCIÓN de PROBLEMAS

(continuación)

6. Después de que Ud. le demuestre cómo, ¿su niño/a trata de conseguir un juguete pequeño que está un poco lejos usando una cuchara, un palo o algo semejante?



TOTAL PARA RESOLUCIÓN de PROBLEMAS _____

SOCIO-INDIVIDUAL

Intente hacer cada actividad con su niño/a.

1. Cuando Ud. le viste a su niño/a ¿se levanta él la pierna para ponerla en un pantalón, un zapato o un calcetín? _____
2. ¿Hace su niño/a rodar una pelota a Ud., para que Ud. pueda devolverla a él? _____
3. ¿Juega su niño/a con una muñeca o un animalito de juguete, abrazándolo? _____
4. ¿Sabe usar una cuchara para comer, aunque se le caiga algo de comida? _____
5. ¿Ayuda a desvestirse quitándose ropa como los calcetines, el gorro, los zapatos o los guantes? _____
6. ¿Trata su niño de atraer su atención por tirar a su mano o su ropa? _____

TOTAL PARA SOCIO-INDIVIDUAL _____

GENERAL

Padres y proveedores pueden utilizar el reverso de esta página para hacer comentarios adicionales.

1. ¿Cree Ud. que su bebé oye bien?
Si contesta "No", explique: _____ SÍ NO
2. ¿Usa su niño/a ambas manos igualmente bien?
Si contesta "No", explique: _____ SÍ NO
3. Cuando su niño/a se para, ¿están sus pies llanos en el piso por la mayor parte?
Si contesta "No", explique: _____ SÍ NO
4. ¿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: _____ SÍ NO
5. ¿Tiene Ud. alguna preocupación sobre la vista de su niño/a?
Si contesta "Sí", explique: _____ SÍ NO
6. ¿Ha tenido su bebé algún problema médico en los últimos meses?
Si contesta "Sí", explique: _____ SÍ NO
7. ¿Hay algo de su bebé que a Ud. le preocupe?
Si contesta "Sí", explique: _____ SÍ NO

ASQ Sumario Informativo 14to Mes

Nombre del bebé: _____

Fecha de nacimiento: _____

Persona llenando cuestionario: _____

Fecha de nacimiento correctada: _____

Dirección de correo: _____

Parentezco: _____

Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de hoy: _____

Ayudantes en completar el ASQ: _____

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

1. 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.
2. Califique cada parte del cuestionario escribiendo el número apropiado en la línea de los totales.
SÍ = 10 A VECES = 5 TODAVÍA NO = 0
3. Añada las partes calificadas de cada sección y anote esos resultados en los espacios provistos para totales.
4. 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"/>												
Movimientos amplios	<input type="radio"/>												
Movimientos finos	<input type="radio"/>												
Resolución de problemas	<input type="radio"/>												
Socio-individual	<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.

5. Si el total del bebé cae entre área, el bebé aparece estar bien en esa área hasta ahora.
6. 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.

14 meses	Tantos	Límite	Comunicación			Movimientos amplios			Movimientos finos			Resolución de problemas			Socio-individual			
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
	S	A	T	S	A	T	S	A	T	S	A	T	S	A	T	S	A	T
Comunicación	35.0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>											
Movimientos amplios	25.0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>											
Movimientos finos	25.0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>											
Resolución de problemas	25.0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>											
Socio-individual	25.0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>											

Administrador o proveedor del programa: _____