

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.

• 16 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.

•16 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 premaduro,
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.



A esta edad, muchos niño/as no cooperan cuando se los pide a hacer 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. Intenta tocar, agarrar, o señalar con el dedo los dibujos de un libro? _____
2. ¿Sabe decir al menos cuatro “palabras” además de “mamá” o “papá”? _____
3. Cuando quiere algo, ¿se lo deja saber señalándolo con el dedo? _____
4. 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”.) _____
5. ¿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? _____
6. ¿Sabe decir ocho o más palabras además de “mamá” y “papá”? _____

TOTAL PARA COMUNICACIÓN _____

MOVIMIENTOS AMPLIOS

Intente hacer cada actividad con su niño/a.

1. ¿Puede ponerse de pie sin ayuda y dar varios pasos hacia adelante? _____
2. ¿Puede subirse a los muebles? _____
3. ¿Puede agacharse para agarrar un objeto del suelo y volverse a poner de pie sin apoyarse a nada? _____
4. ¿Camina su hijo/a por la casa en lugar de gatear? _____
5. ¿Anda su hijo/a con seguridad sin caerse a menudo? _____
6. ¿Se sube a una silla, por ejemplo, para agarrar algo que quiere y que no puede alcanzar? _____

TOTAL PARA MOVIMIENTOS AMPLIOS _____

MOVIMIENTOS FINOS

Intente hacer cada actividad con su niño/a.

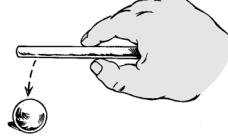
1. ¿Sabe ayudarle a Ud. pasar las hojas de un libro? (Ud. puede darle la hoja para que la agarre.) _____
2. ¿Puede tirar una pelota hacia adelante? (Si simplemente la deja caer, responda “todavía no” a esta pregunta.)  _____

MOVIMIENTOS FINOS	<i>(continuación)</i>	SÍ	A VECES	TODAVÍA NO	
--------------------------	-----------------------	----	---------	------------	--

3. ¿Sabe colocar cubitos o juguetes unos encima de otros? (También puede usar carretones de hilo de coser, cajitas o juguetes que midan aproximadamente una pulgada o 3 centímetros.) _____
4. ¿Sabe colocar tres cubitos o juguetes unos encima de los otros sin ayuda? _____
5. ¿Escribe con la *punta* de la crayola (del lápiz o de la pluma) al intentar dibujar? 
6. ¿Sabe pasar las hojas de un libro sin ayuda? Tal vez pase más de una hoja a la vez. _____

TOTAL PARA MOVIMIENTOS FINOS _____

RESOLUCIÓN de PROBLEMAS *Intente hacer cada actividad con su niño/a.*

1. Despues de que Ud. hace garabatos en una hoja de papel con una crayola (o con un lápiz o una pluma), ¿puede su niño/a imitarle? (Si ya sabe hacer garabatos solo, responda afirmativamente a la pregunta.) _____
2. ¿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?) _____
3. ¿Mete varios juguetes pequeños (seis o más) dentro de un recipiente como una caja o un tazón? (Puede enseñarle cómo se hace.) _____
4. Despues de enseñarle cómo se hace, ¿Trata de agarrar un juguete que casi puede alcanzar usando una cuchara, un palo u otro implemento semejante? 
5. Sin enseñarle cómo se hace, ¿sabe hacer garabatos cuando se le da una crayola (o un lápiz o una pluma)? _____
6. Despues de que haya metido una migaja o un Cheerio en una botella, ¿sabe dar la vuelta a la botella para sacarlo? (Puede enseñarle cómo se hace.) _____

TOTAL PARA RESOLUCIÓN de PROBLEMAS _____

SOCIO-INDIVIDUAL *Intente hacer cada actividad con su niño/a.*

1. ¿Sabe usar una cuchara para comer, aunque se le caiga algo de comida? _____
2. ¿Ayuda a desvestirse quitándose ropa como los calcetines, el gorro, los zapatos o los guantes? _____
3. ¿Juega con una muñeca o con un mono de trapo abrazándolo? _____

	SÍ	A VECES	TODAVÍA NO	
SOCIO-INDIVIDUAL <i>(continuación)</i>				
4. Al mirarse en el espejo, ¿se ofrece a sí mismo/a un juguete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—
5. ¿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"/>	—
6. ¿Viene a pedirle ayuda, como cuando necesita que alguien le dé cuerda a un juguete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—
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 niño/a oye bien?
Si contesta "No", explique: _____ | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Cree Ud. que habla igual que los otros niños de su edad?
Si contesta "No", explique: _____ | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Puede Ud. entender casi todo lo que le dice?
Si contesta "No", explique: _____ | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Cree Ud. que camina, corre y trepa igual que los otros niños de su edad?
Si contesta "No", explique: _____ | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 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?
Si contesta "Sí", explique: _____ | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Tiene Ud. alguna preocupación sobre la vista de su niño/a?
Si contesta "Sí", explique: _____ | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Ha tenido su niño/a algún problema médico en los últimos meses?
Si contesta "Sí", explique: _____ | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Hay algo de su niño/a que a Ud. le preocupe?
Si contesta "Sí", explique: _____ | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

ASQ Sumario Informativo 16to 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 | 5. Historial: ¿Hay problemas auditivos de la familia?
Comentarios: | SÍ | NO |
| 2. ¿Habla como otros niños?
Comentarios: | SÍ | NO | 6. ¿Preocupaciones sobre la vista?
Comentarios: | SÍ | NO |
| 3. ¿Puede Ud. comprender a su niño?
Comentarios: | SÍ | NO | 7. ¿Problemas médicos recientes?
Comentarios: | SÍ | NO |
| 4. Camina, corre, y trepa como otros niños?
Comentarios: | SÍ | NO | 8. ¿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 necesita más evaluación.

OPCIONAL: Las respuestas específicas de los artículos del cuestionario pueden ser anotadas en este cuadro sinóptico.

16 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	34.5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>											
Movimientos amplios	32.3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>											
Movimientos finos	30.6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>											
Resolución de problemas	26.9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>											
Socio-individual	26.7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>											

Administrador o proveedor del programa: _____