

# **12 Meses – 1 Año** **Cuestionario** **Edades y Etapas (2<sup>nd</sup> 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. ¿Puede su bebé jugar a algún juego infantil cuando Ud. se lo pide sin que Ud. se lo demuestre primero (por ejemplo, decir adiós, esconderse tapándose los ojos, aplaudir, indicar que tan grande es algo)?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Puede llevar a cabo un mandato sencillo, como, "ven aquí", "dámelo", "devuélvelo" sin que Ud. le haga gestos para que entienda?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Puede decir alguna otra palabra además de "mamá" o "papá"? (Llamamos "palabra" a un sonido o grupo de sonidos que el bebé siempre repita al referirse a alguien o a alguna cosa concreta, como "bibi" para decir biberón.)                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Al preguntarle a su bebé, ¿dónde está la pelota, (el gorro, el zapato, etc.)?, ¿mira en la dirección donde está el objeto? Asegúrese de que puede ver el objeto. Responda afirmativamente a la pregunta si reconoce al menos uno de los objetos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Cuando su bebé quiere algo, ¿lo señala con el dedo?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. ¿Mueve la cabeza su bebé cuando quiere responder sí o no? ☐ ☐ ☐

## **MOVIMIENTOS AMPLIOS**

Intente hacer cada actividad con su bebé.

- |   | SI                       | A VECES                  | TODAVIA NO               |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Al estar agarrado a un mueble de casa, ¿puede agacharse para agarrar un juguete del suelo y después vuelve a ponerse de pie?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Al estar agarrado a un mueble de casa, ¿puede bajarse con cuidado (sin caerse o tirarse)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Camina por la casa agarrándose a los muebles con una sola mano?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Si le agarra las manos para ayudarlo a mantener el equilibrio, ¿puede dar pasitos sin tropezar ni caerse? (Si su bebé ya anda solo, responda afirmativamente a la pregunta.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Al tomarle una mano para que no se caiga, ¿puede dar pasitos hacia adelante? (Si su bebé ya anda solo, responda afirmativa-mente a la pregunta.)                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Puede ponerse de pie solo y dar algunos pasitos hacia adelante?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



## **MOVIMIENTOS FINOS**

Intente hacer cada actividad con su bebé.

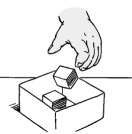
- |   | SI                       | A VECES                  | TODAVIA NO               |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Después de intentarlo una o dos veces, ¿puede agarrar su bebé un pedazo de cuerda con los dedos índice y pulgar? (La cuerda puede estar atada a un juguete.)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Puede agarrar una migaja de pan o un Cheerio (cereal de desayuno) con las yemas de los dedos índice y pulgar? Puede apoyar el brazo o la mano en la mesa mientras que lo intenta. (Si ya puede agarrar objetos pequeños como los descritos en el número 4 más abajo, responda afirmativamente a esta pregunta.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Puede poner un juguete pequeño en la mesa, sin dejarlo caer, y después levantar la mano de encima del juguete?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Sin apoyar el brazo o la mano en la mesa, ¿puede agarrar una migaja de pan o un Cheerio con la yema de los dedos índice y pulgar?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿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"/> |
| 6. ¿Sabe ayudarle pasar las hojas de un libro? (Ud. puede darle la hoja pare que él la agarre.)   | <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. Al tener un juguete en cada mano, ¿intenta juntarlos (como cuando se aplaude)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Es que tu bebé pincha o trata de conseguir una migo o un Cheerio que está dentro de una botella clara (por ejemplo un biberón)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Después de verle a Ud. esconder un juguete pequeño debajo de una hoja de papel o de una caja, ¿puede encontrarlo? (Asegúrese de que el juguete esté completamente escondido.)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Si Ud. mete un juguete dentro de un tazón o dentro de una caja, ¿le imita su bebé queriendo también meter un juguete, aunque pueda ser que no lo suelte? (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"/> |
| 5. ¿Sabe meter dos juguetes, uno tras otro, en un recipiente como una caja o un tazón grande? (Puede enseñarle cómo se hace.)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Después de que Ud. haga garabatos en una hoja de papel con un creyón (o con un lápiz o una pluma), ¿puede imitarle? (Si ya sabe hacer garabatos solo, responda afirmativamente a la pregunta.)   | <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 extenderle la mano y pedirle su juguete, ¿su bebé se lo ofrece aunque no lo suelte? (Si ya le deja el juguete en la mano, responda afirmativamente a la pregunta.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Al vestirlo, ¿puede meter el brazo por la manga de la ropa una vez que se le haya metido la mano en la apertura de la manga?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Al extenderle la mano y pedirle su juguete, ¿su bebé se lo coloca en a mano?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Al vestirlo, ¿levanta el pie cuando va a ponerle los zapatos, los calcetines o los pantalones?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Sabe su bebé rodar o tirarle una pelota para que Ud. se la devuelva?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Juega con una muñeca o con un muñeco de peluche, abrazándolo?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## GENERAL

Intente hacer cada actividad con su bebé.

- |   | SI                       | NO                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Cree Ud. que su bebé oye bien?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si contesta "No", explique:   |                          |                          |
| 2. ¿Cree Ud. que usa las dos manos igualmente bien?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si contesta "No", explique:   |                          |                          |
| 3. Al ponerle de pie, ¿Están los pies nivelados con el suelo la mayoría de las veces?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si contesta "No", explique:   |                          |                          |
| 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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si contesta "Sí", explique:   |                          |                          |
| 5. ¿Tiene Ud. alguna preocupación sobre la vista de su niño/a?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si contesta "Sí", explique:   |                          |                          |
| 6. ¿Ha tenido su bebé algún problema médico en los últimos meses?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si contesta "Sí", explique:   |                          |                          |
| 7. ¿Hay algo de su bebé 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 cuadritos 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													