

**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.

# ♦ 10 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.

♦ **10 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 prematuridad a la fecha de nacimiento): \_\_\_\_\_

Día de hoy: \_\_\_\_\_

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. ¿Puede hacer su bebé sonidos como "da", "ga", "ka", y "ba"?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 2. Si Ud. imita los sonidos de su bebé, ¿intenta él repetirlos?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 3. ¿Puede hacer dos sonidos similares como "ba-ba", "da-da", o "ga-ga"?<br>Puede ser que pronuncie estos sonidos sin que se refiera a ningún objeto ni a ninguna persona en particular.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 4. ¿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"/> | ___ |
| 5. ¿Puede llevar a cabo un mandato sencillo, como, "ven aquí", "dámelo", "devuélvelo" <i>sin</i> que Ud. le haga gestos para que entienda?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 6. ¿Puede decir alguna otra palabra además de "mamá" o "papá"?<br>(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"/> | ___ |
| TOTAL PARA COMUNICACIÓN   |                          |                          |                          | ___ |

**MOVIMIENTOS AMPLIOS**      *Intente hacer cada actividad con su bebé.*

- |   |   |                          |                          |                          |     |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 1. Si Ud. lo agarra debajo de los brazos para ayudarlo a mantener el equilibrio, ¿puede apoyarse su propio peso mientras está de pie? |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 2. Al estar sentado en el suelo, ¿puede sentarse recto por varios minutos <i>sin</i> que use las manos para apoyarse?                 |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 3. Al ponerlo de pie cerca de los muebles de la casa o de la cuna, ¿puede agarrarse a los muebles sin que se apoye con el pecho?      |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 4. 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"/> | ___ |
| 5. 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"/> | ___ |

SÍ      A VECES      TODAVÍA NO

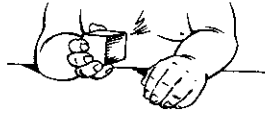
**MOVIMIENTOS AMPLIOS**      *(continuación)*

6. ¿Camina por la casa agarrándose a los muebles con una sola mano?                   \_\_\_\_\_

TOTAL PARA MOVIMIENTOS AMPLIOS \_\_\_\_\_

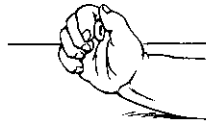
**MOVIMIENTOS FINOS**      *Intente hacer cada actividad con su bebé.*

1. ¿Agarra un juguete pequeño con una sola mano?



                 \_\_\_\_\_

2. ¿Puede agarrar una migaja de pan o un Cheerio usando el dedo pulgar y todos los demás haciendo un movimiento como de rastrillo? (Si ya puede agarrar una migaja o un Cheerio, responda afirmativamente a esta pregunta.)



                 \_\_\_\_\_

3. ¿Puede agarrar un juguete pequeño con las yemas de los dedos? (Debe de haber un espacio entre el juguete y la palma de la mano.)



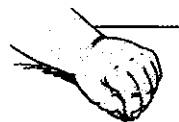
                 \_\_\_\_\_

4. 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.)



                 \_\_\_\_\_

5. ¿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.



                 \_\_\_\_\_\*

6. ¿Puede poner un juguete pequeño en la mesa, sin dejarlo caer, y después levantar la mano de encima del juguete?

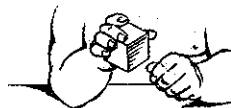
                 \_\_\_\_\_

TOTAL PARA MOVIMIENTOS FINOS \_\_\_\_\_

*\*Si ha contestado sí o a veces a la pregunta número 5 de los movimientos finos, conteste sí también a la número 2.*

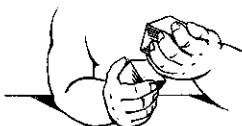
**RESOLUCIÓN de PROBLEMAS**      *Intente hacer cada actividad con su bebé.*

1. ¿Se pasa el juguete de una mano a la otra?



                 \_\_\_\_\_

2. ¿Agarra dos juguetes, uno en cada mano, y los sujeta por un minuto aproximadamente?

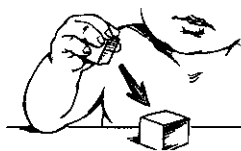


                 \_\_\_\_\_

SÍ      A VECES      TODAVÍA NO

**RESOLUCIÓN de PROBLEMAS**      *(continuación)*

3. Al tener un juguete en la mano, ¿lo golpea contra otro que está en la mesa?



                 \_\_\_\_\_

4. Al tener un juguete en cada mano, ¿intenta juntarlos (como cuando se aplaude)?

                 \_\_\_\_\_

5. ¿Es que tu bebé pincha o trata de conseguir una miga o un Cheerio que está dentro de una botella transparente (por ejemplo, un biberón)?

                 \_\_\_\_\_

6. 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.)

                 \_\_\_\_\_

TOTAL PARA RESOLUCIÓN de PROBLEMAS      \_\_\_\_\_

**SOCIO-INDIVIDUAL**      *Intente hacer cada actividad con su bebé.*

1. Al estar boca arriba, ¿intenta meterse el pie en la boca?



                 \_\_\_\_\_

2. ¿Puede beber agua o jugo de un vaso si Ud. se lo sujeta?

                 \_\_\_\_\_

3. ¿Puede comer una galleta sin ayuda?

                 \_\_\_\_\_

4. 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.)

                 \_\_\_\_\_

5. 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?

                 \_\_\_\_\_

6. Al extenderle la mano y pedirle su juguete, ¿su bebé se lo coloca en la mano?

                 \_\_\_\_\_

TOTAL PARA SOCIO-INDIVIDUAL      \_\_\_\_\_

**GENERAL**      *Padres y proveedores pueden utilizar el espacio al final o el reverso de la página.*

1. ¿Cree que su bebé oye bien?

SÍ       NO

Si contesta "No", explique: \_\_\_\_\_

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

SÍ       NO

Si contesta "No", explique: \_\_\_\_\_

**GENERAL** (continuación)

3. Al ponerlo 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 10<sup>o</sup> Mes

Nombre del bebé: \_\_\_\_\_  
 Persona llenando cuestionario: \_\_\_\_\_  
 Dirección de correo: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento corregida: \_\_\_\_\_  
 Parentesco: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 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?<br>Comentarios:                     | SÍ | NO | 4. Historial: ¿Hay problemas auditivos de la familia?<br>Comentarios: | SÍ | NO |
| 2. ¿Usa las dos manos por igual?<br>Comentarios:  | SÍ | NO | 5. ¿Preocupaciones sobre la vista?<br>Comentarios:                    | SÍ | NO |
| 3. ¿Pies planos en la superficie?<br>Comentarios: | SÍ | NO | 6. ¿Problemas médicos recientes?<br>Comentarios:                      | SÍ | NO |
|   |    |    | 7. ¿Otros preocupaciones?<br>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			
10 meses	Comunicación		25.0	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		17.5	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		39.0	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		30.5	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"/>
			30.0	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		30.0	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"/>
				S	A	T	S	A	T	S	A	T	S	A	T	S	A	T	

Administrador o proveedor del programa: \_\_\_\_\_