

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.

♦ **18 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.

♦ **18 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: _____

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 <i>Intente hacer cada actividad con su niño/a.</i>				
1. Cuando su niño/a quiere algo, ¿se lo deja saber señalándolo con el dedo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
2. Cuando Ud. le pide que vaya 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"/>	___
3. ¿Sabe decir ocho o más palabras además de "mamá" y "papá"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
4. ¿Limita 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? (Marque "sí" aun si sus palabras sean difícil de entender.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
5. Sin enseñarle primero, ¿puede señalar con el dedo al dibujo correcto cuando Ud. le pregunta: "enséñame dónde está el gatito", o le pregunta: "¿dónde está el perro?" (Solamente tiene que identificar un dibujo.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
6. ¿Puede decir dos o tres palabras juntas que representen ideas diferentes, como: "veo perro", "mamá llega a casa" o "¿se fue el gatito"? (No cuente las combinaciones de palabras que expresen una sola idea como "se acabo", "está bien", y "¿qué es?")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
Escriba un ejemplo de las combinaciones de palabras que hace:				

TOTAL PARA COMUNICACIÓN ___

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

1. ¿Puede agacharse para agarrar un objeto del suelo y volverse a poner de pie sin apoyarse en nada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
2. ¿Camina por la casa en lugar de gatear?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
3. ¿Anda con seguridad sin caerse a menudo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
4. ¿Se sube a una silla, por ejemplo, para agarrar algo que quiere y que no puede alcanzar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
5. ¿Puede bajar las escaleras si Ud. lo lleva de la mano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
6. Al enseñarle como se da una patada a un balón, ¿intenta repetirlo dando una patada al balón o moviéndolo la pierna hacia atrás y luego hacia adelante? o con las piernas al correr? (Si ya sabe dar una patada al balón, responda afirmativamente a la pregunta.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___



TOTAL PARA MOVIMIENTOS AMPLIOS ___

MOVIMIENTOS FINOS

Intente hacer cada actividad con su niño/a.

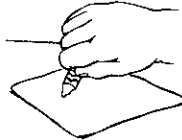
SÍ A VECES TODAVÍA NO

1. ¿Puede tirar una pelota hacia adelante? (Si simplemente la deja caer, responda "todavía no" a esta pregunta.)



2. ¿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.)

3. ¿Escribe con la punta de la crayola (del lápiz o de la pluma) al intentar dibujar?



4. ¿Sabe poner tres cubitos o juguetes unos encima de otros sin ayuda? (También puede usar carretes de hilo, cajitas o juguetes que midan aproximadamente una pulgada.)

5. ¿Sabe pasar las hojas de un libro sin ayuda? Tal vez pase más de una hoja a la vez.

6. ¿Sabe meterse la cuchara en la boca sin que normalmente se la caiga la comida?

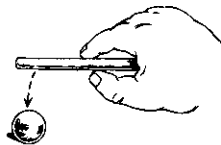
TOTAL PARA MOVIMIENTOS FINOS _____

RESOLUCIÓN de PROBLEMAS

Intente hacer cada actividad con su niño/a.

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

2. Después de enseñarle cómo se hace, ¿Trata de agarrar un juguete que casi puede alcanzar usando una cuchara, un palo u otro implemento similar?

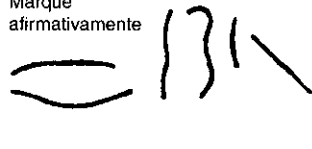


3. Después de dejar caer una migaja o un Cheerio (cereal de desayuno) en una pequeña botella transparente, ¿da vuelta a la botella para sacarlo? (Puede enseñarle como se hace.) Se puede usar una botella de píldoras, una botella de refresco o un biberón.

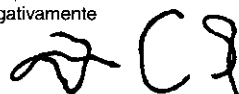
4. Sin enseñarle cómo se hace, ¿sabe hacer garabatos cuando se le da una crayola (o un lápiz o una pluma)?

5. Después de verle a Ud. dibujar una línea de arriba abajo en una hoja de papel usando una crayola, ¿le copia intentando dibujar una línea en cualquier dirección? (No cuenta el hacer garabatos de un lado para otro.)

Marque afirmativamente



Marque negativamente



SÍ A VECES TODAVÍA NO

RESOLUCIÓN de PROBLEMAS *(continuación)*

6. ¿Sin enseñarle cómo se hace, sabe dar vuelta a una pequeña botella transparente para sacar una migaja pequeña (del tamaño de un guisante o un Cheerio)? (Por favor permita unos minutos entre medio de las preguntas 3 y 6.) *

TOTAL PARA RESOLUCIÓN de PROBLEMAS _____

**Si ha marcada la pregunta número 6 como sí, o a veces, marque la número 3 afirmativamente.*

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

1. Al mirarse en el espejo, ¿se ofrece a sí mismo/a un juguete? _____
2. ¿Juega con una muñeca o con un mono de trapo, abrazándolo? _____
3. ¿Intenta conseguir su atención o intenta enseñarle algo tirándole de la mano o de la ropa? _____
4. ¿Viene a pedirle ayuda, como cuando necesita que alguien le dé cuerda a un juguete o abra un envase? _____
5. ¿Sabe beber de un vaso y bajarlo nuevamente sin que se le caiga mucho del contenido? _____
6. ¿Le imita su hijo haciendo las mismas actividades que Ud. hace, como limpiar algo que se le ha caído, pasar la aspiradora, afeitarse o peinarse? _____

TOTAL PARA SOCIO-INDIVIDUAL _____

GENERAL *Padres y proveedores pueden utilizar el reverso de esta página o el final de la siguiente para comentarios adicionales.*

1. ¿Cree Ud. que su niño/a oye bien? Sí NO
Si contesta "No", explique: _____
2. ¿Cree Ud. que habla igual que los otros niños de su edad? Sí NO
Si contesta "No", explique: _____
3. ¿Puede entender casi todo lo que le dice? Sí NO
Si contesta "No", explique: _____
4. ¿Cree Ud. que camina, corre y trepa igual que los otros niños de su edad? Sí NO
Si contesta "No", explique: _____
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? Sí NO
Si contesta "Sí", explique: _____

GENERAL (continuación)

6. ¿Tiene Ud. alguna preocupación sobre la vista de su niño/a? Sí NO
Si contesta "Sí", explique: _____
7. ¿Ha tenido su niño/a algún problema médico en los últimos meses? Sí NO
Si contesta "Sí", explique: _____
8. ¿Hay algo de su niño/a que a Ud. le preocupe? Sí NO
Si contesta "Sí", explique: _____

ASQ Sumario Informativo 18^o 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?
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

- 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			
18 meses	Comunicación		23.0	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		41.5	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		39.5	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"/>
	Resolución de problemas		33.0	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"/>
				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		37.0	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: _____