

**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.

# 24 Meses • 2 Años

---

## 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.

# 24 Meses • 2 Años

## Cuestionario

Por favor da la siguiente información.

Nombre del bebé: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del bebé: \_\_\_\_\_

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

**MOVIMIENTOS AMPLIOS**      *(continuación)*

5. ¿Sabe saltar levantando los dos pies del suelo a la vez?






\_\_\_

6. Sin apoyarse en ningún objeto, ¿sabe dar una patada a un balón moviendo la pierna hacia atrás y luego hacia adelante?






\*

\_\_\_

TOTAL PARA MOVIMIENTOS AMPLIOS

\_\_\_

*\*Si en los movimientos amplios marco el número 6 afirmativamente, marque el número 2 del mismo, afirmativamente también.*

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

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




\_\_\_

2. ¿Sabe pasar las hojas de un libro sin ayuda? (Puede pasar más de una hoja a la vez).




\_\_\_

3. ¿Intenta girar la mano al intentar abrir una puerta, dar cuerda a un juguete, jugar con un trompo, o poner y quitar una tapa de un frasco?




\_\_\_

4. ¿Sabe apagar y encender la luz?




\_\_\_

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




\_\_\_

6. ¿Sabe meter un cordón por el agujero de una bolita de madera o por los agujeros del zapato?






\_\_\_

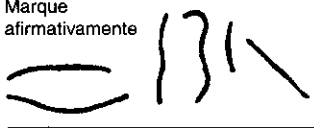
TOTAL PARA MOVIMIENTOS FINOS

\_\_\_

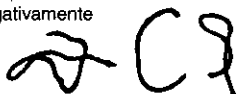
**RESOLUCIÓN de PROBLEMAS**      *Intente hacer cada actividad con su niño/a.*

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

Marque afirmativamente



Marque negativamente






\_\_\_

2. Sin enseñarle cómo se hace, ¿sabe dar vuelta a una pequeña botella transparente, una botella de refresco o un biberón que contenga una migaja o un Cheerio para sacarlo?




\_\_\_

SÍ      A VECES      TODAVÍA NO

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

- 3. ¿Juega con objetos dándole funciones distintas a las que realmente tienen? Por ejemplo, ¿agarra un vaso y se lo pone en la oreja jugando como si fuera un teléfono? ¿Se pone una caja en la cabeza jugando como si fuera un gorro? ¿Usa un cubito, palito u otro objeto para revolver a la comida jugando?                        \_\_\_\_\_
- 4. ¿Coloca las cosas en su sitio? Por ejemplo, ¿sabe que sus juguetes se colocan en un sitio determinado, que su cobija se pone en la cama y que los platos se ponen en la cocina?                        \_\_\_\_\_
- 5. Si quiere algo que no alcanza, ¿Busca una silla o una caja para subirse y poderlo alcanzarlo?                        \_\_\_\_\_
- 6. Mientras su niño/a le observa, ponga cuatro objetos, como unos cubos o unos carritos, en línea recta. ¿Intenta imitarle poniendo al menos cuatro objetos en línea recta? (También puede usar carretes de hilo, unas cajitas u otros juguetes.)                        \_\_\_\_\_



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

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

- 1. ¿Sabe beber de un vaso o de una taza y bajarlo nuevamente sin que se le derrame mucho el contenido?                        \_\_\_\_\_
- 2. ¿Le imita su niño/a haciendo las mismas actividades que Ud. hace, como limpiar algo que se le ha caído, pasar la aspiradora, afeitarse, o peinarse?                        \_\_\_\_\_
- 3. ¿Come con un tenedor?                        \_\_\_\_\_
- 4. Al jugar con un mono de peluche o con una muñeca, ¿lo mece, le da de comer, le cambia los pañales, lo acuesta, etc.?                        \_\_\_\_\_
- 5. ¿Sabe empujar un carrito de compras o un cochecito de bebé o un carrito con ruedas evitando dar golpes a las cosas y salirse de un rincón si no puede girar?                        \_\_\_\_\_
- 6. ¿Se refiere a sí mismo/a llamándose "yo" más que por su propio nombre? Es decir, "yo pongo" en lugar de "Susana pone".                        \_\_\_\_\_

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

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

- 1. ¿Cree Ud. que su niño/a oye bien?      Sí       NO   
Si contesta "No", explique: \_\_\_\_\_
- 2. ¿Cree Ud. que hable igual que los otros niños de su edad?      Sí       NO   
Si contesta "No", explique: \_\_\_\_\_

**GENERAL** (continuación)

3. ¿Puede entender casi todo lo que su niño/a 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: \_\_\_\_\_
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 que le preocupe de su niño/a? Sí  NO   
Si contesta "Sí", explique: \_\_\_\_\_

# ASQ Sumario Informativo 24<sup>o</sup> Mes/2<sup>o</sup> Años

Nombre del bebé: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Persona llenando cuestionario: \_\_\_\_\_ Parentezco: \_\_\_\_\_  
 Dirección de correo: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Ayudantes en completar el ASQ: \_\_\_\_\_  
 Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**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			
24 meses/2 años	Comunicación	<input type="checkbox"/>	36.5	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Movimientos amplios	<input type="checkbox"/>	36.0	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Movimientos finos	<input type="checkbox"/>	36.4	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Resolución de problemas	<input type="checkbox"/>	32.9	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Socio-individual	<input type="checkbox"/>	35.6	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				S	A	T	S	A	T	S	A	T	S	A	T	S	A	T	

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