

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.

36 Meses • 3 Años

Cuestionario



Lo que sigue a continuación son unas preguntas sobre diferentes actividades que los niños hacen. Puede ser que su niño/a ya haya realizado algunas y todavía no haya realizado otras. Después de leer cada cosa, marque la respuesta que indique lo que su niño/a ha hecho en el pasado o lo que hace ahora.

Cosas Importantes que Recordar:

- Le rogamos que intente cada actividad individualmente con su niño/a antes de contestar las preguntas.
- Trate de que al llenar este cuestionario sea un juego que es divertido para usted y su niño/a.
- 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 niño/a 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.

36 Meses • 3 Años

Cuestionario

Por favor da la siguiente información.

Nombre del niño/a: _____

Fecha de nacimiento del niño/a: _____

Día de hoy: _____

Persona llenando este cuestionario: _____

¿Cuál es su relación con el niño/a? _____

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 niño/a.*

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| 1. Cuando le pide a su niño/a que apunte a la nariz, al pelo, a los pies, a las orejas, etc., ¿puede apuntar a por lo menos <i>siete</i> partes del cuerpo? Puede señalarse en sí mismo, en Ud. o en una muñeca. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 2. ¿Puede construir frases de tres o cuatro palabras?
Escriba un ejemplo:

_____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 3. Sin darle pistas ni señas, dígale: "Pon el zapato <i>encima de</i> la mesa" y "Pon el libro <i>debajo de</i> la silla". ¿Sigue estas instrucciones correctamente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 4. Al mirar un libro de muchas fotografías o dibujos, ¿Su niño/a le dice lo que pasa en la fotografía o en el dibujo? Por ejemplo, "Ladra", "Corre", "Come" o "Llora". Si Ud. le preguntar, "¿que hace el perro (o el niño)?" | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 5. Enseñe a su niño/a como el cierre de un abrigo sube y baja. Dígale: "Mira esto sube y baja." Ponga el cierre en el centro y pídale que lo baje. Ponga el cierre en el centro otra vez y pídale que lo suba. Repita esto varias veces antes de pedirle que lo haga solo/a. ¿Siempre sube el cierre cuando Ud. le dice "súbelo" y siempre lo baja al decirle "bájalo"? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 6. Al preguntarle: ¿cómo te llamas?", ¿responde con su nombre y apellido? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| TOTAL PARA COMUNICACIÓN | | | | _____ |

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

- | | | | | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| 1. Sin apoyarse en ningún objeto, ¿sabe dar una patada a un balón moviendo la pierna hacia atrás y luego hacia adelante? |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 2. ¿Sabe saltar levantando los dos pies del suelo a la misma vez? |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 3. ¿Sabe subir las escaleras poniendo un pie en cada escalón? (El pie izquierdo en un escalón y el derecho en el siguiente). Se permite que se apoye en la barandilla o en la pared. (Mire esto en otros lugares. Puede ser en una tienda, en un parque de juegos o en casa.) |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

SÍ A VECES TODAVÍA NO

MOVIMIENTOS AMPLIOS (continuación)

4. ¿Puede pararse en un solo pie por un segundo sin agarrarse de nada?



5. Al estar de pie ¿sabe tirar una pelota al frente, levantando el brazo a la altura del hombro? (No lo cuente si deja caer la pelota o tira la pelota desde la altura de la cintura.)



6. ¿Puede saltar hacia adelante al menos seis pulgadas con los dos pies juntos?

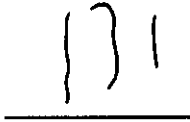


TOTAL PARA MOVIMIENTOS AMPLIOS _____

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

1. Después de observarle a Ud. dibujar una línea de arriba abajo en una hoja de papel con un lápiz, una crayola o una pluma, pídale que que haga una línea como la suya. No le deje dibujar encima de la suya. ¿Hace lo que hizo Ud., dibujando una línea vertical?

Marque afirmativamente



Marque negativamente



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



3. Después de observarle a Ud. dibujar un solo círculo, pídale que dibuje un círculo como el suyo. No le deje dibujar encima del suyo. ¿Hace lo que hizo Ud., dibujando un círculo?

Marque afirmativamente



Marque negativamente



4. Después de observarle a Ud. dibujar una línea de un lado al otro de la hoja de papel, pídale que haga una línea como la suya. No le deje dibujar encima de la suya. ¿Hace lo que hizo Ud., dibujando una línea horizontal?

Marque afirmativamente



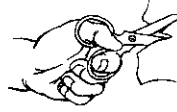
Marque negativamente



MOVIMIENTOS FINOS (continuación)

SÍ A VECES TODAVÍA NO

5. ¿Intenta cortar papel con las tijeras (que no son peligrosas para niños)? (No es necesario que llegue a cortar el papel, pero sí debe saber abrirlas y cerrarlas mientras que agarra el papel con la otra mano. Ud. puede enseñarle cómo se usan las tijeras.)



6. Al hacer un dibujo, ¿Agarra el lápiz, la crayola o la pluma entre los dedos como lo hace un adulto?



TOTAL PARA MOVIMIENTOS FINOS _____

RESOLUCIÓN de PROBLEMAS

Intente hacer cada actividad con su niño/a.

1. Mientras su niño/a le observa, ponga cuatro objetos, como unos cubos o unos carritos, en línea recta; ¿Hace su niño/a lo que hizo Ud., poniendo los *cuatro* objetos en línea recta? (También puede usar carretes de hilo, unas cajitas u otros juguetes.)



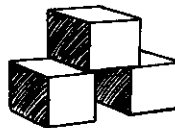
2. Si quiere algo que no puede alcanzar, ¿Busca una silla o una caja para subirse y poder alcanzarlo?

3. Al señalarle esta figura y preguntarle "¿qué es?", ¿responde con una palabra que haga referencia a una persona? Respuestas como "muñeco de nieve", "niño", "señor", "niña" o "papá" son correctas. Escriba la respuesta a continuación:



4. Al decirle: "Di siete tres", ¿sabe repetir *solamente* los dos números en el orden correcto? No repita los números. Si es necesario, intente otro par de números y diga: "Di ocho dos". Sólomente es necesario que el niño repita al menos *uno* de los pares de números para que Ud. pueda responder afirmativamente a la pregunta.

5. Enséñele a hacer un puente con cubos, cajas o latas como el del dibujo. ¿Sabe copiarle?



6. Al decirle: "Di cinco ocho tres", ¿sabe repetir *solamente* los tres números en el orden correcto? No repita los números. Si es necesario, intente otra serie de números y diga: "Di seis nueve dos". Sólomente es necesario que el niño repita al menos *una* de las dos series de números para que Ud. pueda responder afirmativamente a la pregunta.

TOTAL PARA RESOLUCIÓN de PROBLEMAS _____

SÍ A VECES TODAVÍA NO

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

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| 1. ¿Sabe meterse la cuchara en la boca sin que normalmente se le caiga la comida? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 2. ¿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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 3. Al mirarse su niño/a en el espejo y al preguntarle Ud.: ¿Quién está en el espejo?, ¿Contesta "yo" o dice su nombre? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 4. ¿Sabe ponerse el abrigo, su chaqueta o su camisa sin ayuda? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 5. Hágale la siguiente pregunta empleando estas mismas palabras: "¿eres una niña o un niño?" ¿Sabe responder correctamente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 6. ¿Sabe respetar el turno de otro niño o de un adulto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| TOTAL PARA SOCIO-INDIVIDUAL | | | | _____ |

GENERAL *Padres y proveedores pueden utilizar 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 su niño/a 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 36^o Mes/3^o Años

Nombre del niño/a: _____ 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/a? 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 niño/a 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 niño/a cae entre área, el niño/a aparenta estar bien en esa área hasta ahora.
 - Si el total del niño/a cae entre área, hable con un profesional. Su niño/a quizás necesite más evaluación.

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

	Tantos		Comunicación	Movimientos amplios	Movimientos finos	Resolución de problemas	Socio-individual
		Limite					
36 meses/3 años	Comunicación		1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>
	Movimientos amplios		2 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>
	Movimientos finos		3 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
	Resolución de problemas		4 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
	Socio-individual		5 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
			6 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>
			S A T	S A T	S A T	S A T	S A T

Administrador o proveedor del programa: _____