

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.

12 Meses • 1 Año

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 premaduridad a la fecha de nacimiento):

Día de hoy:

Complete este cuestionario antes de:

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.






SI A VECES TODAVIA NO

COMUNICACION *Intente hacer cada actividad con su bebé.*





- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿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"/> | <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"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Cuando su bebé quiere algo, ¿lo señala con el dedo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Mueve la cabeza su bebé cuando quiere responder si o no? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| TOTAL PARA COMUNICACIÓN | | | | <input type="checkbox"/> |

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

- | | | | | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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"/> | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <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 afirmativamente a la pregunta.) |  | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> |
| TOTAL PARA MOVIMIENTOS AMPLIOS | | | | | <input type="checkbox"/> |

SÍ A VECES TODAVÍA NO

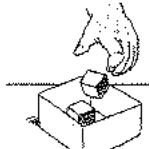
MOVIMIENTOS FINOS *Intente hacer cada actividad con su bebé.*

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.) 
2. ¿Puede agarrar una migaja de pan o un Cheerio (cereál 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.) 
3. ¿Puede poner un juguete pequeño en la mesa, sin dejarlo caer, y después levantar la mano de encima del juguete?
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? 
5. ¿Puede tirar una pelota hacia adelante? (Si simplemente la deja caer, responda "todavía no" a esta pregunta.) 
6. ¿Sabe ayudarle pasar las hojas de un libro? (Ud. puede darle la hoja pare que él la agarre.)

TOTAL PARA MOVIMIENTOS FINOS

**Si ha contestado sí o a veces a la pregunta número 4 de los movimientos finos, conteste sí también a la número 2.*

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

1. Al tener un juguete en cada mano, ¿intenta juntarlos (como cuando se aplaude)?
2. ¿Es que tu bebé pincha o trata de conseguir una migaja o un Cheerio que está dentro de una botella clara (por ejemplo un biberón)?
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.)
4. Si Ud. mete un juguete dentro de un tazón o dentro de una caja, ¿le limita 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.)
5. ¿Sabe meter dos juguetes, uno tras otro, en un recipiente como una caja o un tazón grande? (Puede enseñarle cómo se hace.) 

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)?
- *

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?
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. ¿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: