

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.

48 Meses • 4 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.*



SÍ A VECES TODAVÍA NO

COMUNICACIÓN *Intente hacer cada actividad con su niño/a.*

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| <p>1. ¿Dice su niño/a los nombres de al menos 3 cosas de una categoría de objetos ordinarios? Por ejemplo, Ud. le dice "Dime algunas cosas que se pueden comer," (como galletas, huevos, pan) o "Dime los nombres de algunos animales," (como vaca, perro, elefante) o "Dime cuáles son algunos de tus juguetes favoritos," (como pelota, osito, masilla).</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <p>2. ¿Contesta su niño/a las siguientes preguntas?
 "¿Qué haces cuando tienes hambre?" Las respuestas aceptables incluyen respuestas como: comer, buscar comida, pedir algo de comer, hacer un sandwich.
 Por favor escriba la respuesta de su niño/a:

 "¿Qué haces cuando tienes sueño?" Las respuestas aceptables incluyen respuestas como: tomar una siesta, descansar, dormirme, acostarme, sentarme.
 Por favor escriba la respuesta de su niño/a:
 _____</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <p>3. ¿Le dice su niño/a al menos dos características de objetos ordinarios? Por ejemplo, al decirle "Describe tu pelota", su niño/a dice, "Es redonda", "La tiro", "Es grande," etc.</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <p>4. ¿Usa al final de las palabras la "s", la "é", la "i", o fines como "ando" y "iendo"? Por ejemplo, ¿Dice su hijo, "Yo veo dos gatos", "Yo estoy jugando" o "Yo tiré la pelota"?</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <p>5. Sin darle señas y sin repetir, ¿Sigue su niño/a 3 instrucciones completamente diferentes? Por ejemplo, Ud. le dice "Aplauda con las manos, camina hasta la puerta y siéntate."</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <p>6. ¿Usa palabras como "el", "la", "soy", "es", "está" y "son" para hacer frases completas, como "yo soy un niño" o "¿Dónde está el juguete?"?</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <p>TOTAL PARA COMUNICACIÓN</p> | | | | _____ |

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

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| <p>1. Cuando le tira una pelota grande, ¿la agarra su niño/a con las dos manos? Ud. debe situarse cinco pies (1.5 metros) de su hijo y darle 2 o 3 tentativas.</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <p>2. ¿Sube al menos 2-3 escalones de una escalera de construcción o madera, como una escalera de la canal (u otro juego) en el parque de juegos?</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |



SI A VECES TODAVÍA NO

MOVIMIENTOS AMPLIOS (continuación)

3. Al estar de pie, ¿Sabe tirar una pelota al frente levantando el brazo a la altura del hombro y tirándola al menos una distancia de 6 pies (2 metros)? (No conteste "Si" si deja caer la pelota, suelta la pelota o tira la pelota desde la altura de la cintura.)



4. ¿Brinca verticalmente usando cualquiera de los dos pies al menos una vez sin caerse o perder su equilibrio?

5. ¿Brinca una distancia de 20 pulgadas (o un medio metro) desde una posición de pie?

6. Sin apoyarse en ningún objeto, ¿Se para en un solo pie al menos por 5 segundos sin perder su equilibrio ni usar el otro pie para apoyarse?



TOTAL PARA MOVIMIENTOS AMPLIOS _____

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

1. ¿Hace un rompecabezas de 6 pedazos que traban? (Si Ud. no tiene disponible un rompecabezas, tome una fotografía grande de una revista y córtela en 6 pedazos.) ¿La junta otra vez?

2. ¿Usando tijeras, corta un papel en mitades en una línea más o menos recta, abriendo y cerrando las tijeras? Vigile cuidadosamente el uso de las tijeras por razones de seguridad.



3. Mirando las figuras abajo, ¿copia al menos 3 de las figuras en un papel grande con un lápiz o un creyón sin usar papel transparente o dibujar encima de las figuras? (Los dibujos deben parecerse al diseño de las figuras abajo, aunque sean de un tamaño diferente.)



4. ¿Abotona al menos un botón? Puede usar su propia ropa o la ropa de una muñeca.

5. ¿Hace dibujos de personas que tienen al menos 3 de las siguientes características: la cabeza, los ojos, la nariz, la boca, el cuello, el pelo, el tronco, los brazos o las manos, las piernas o los pies?

SÍ A VECES TODAVÍA NO


MOVIMIENTOS FINOS *(continuación)*

6. ¿Colorea mayormente dentro de las orillas en un libro de colorear?
(No debe de salirse más de ¼ de una pulgada (o un centímetro) fuera de las orillas en la mayor parte del dibujo.)
- _____

TOTAL PARA MOVIMIENTOS FINOS _____

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

1. Al decirle, "Escucha. Dime 5-8-3," ¿repite estos tres números en el orden correcto? *No repita los números.* Si es necesario, intente otra serie de números, diciendo "6-9-2." Para contestar "Sí" a esta pregunta, su niño/a tiene que al menos repetir una serie de 3 números.
- _____

2. Si Ud. le pregunta, "¿Cuál círculo es el más pequeño?", ¿apunta su niño/a al círculo correcto? Haga esta pregunta *sin* ayudarlo por apuntar, mirar o hacer un ademán hacia el círculo correcto.
- 
- _____

3. Sin darle señas, ¿sigue tres instrucciones diferentes usando las palabras "debajo," "entre" y "en el centro?" Por ejemplo, pídale que ponga un libro "debajo" del sofá. Luego, pídale que ponga la pelota "entre" las sillas y el zapato "en el centro" de la mesa.
- _____

4. Al mostrarle un objeto y preguntarle "¿De qué color es esto?", ¿dice los nombres de cinco colores diferentes, como rojo, azul, amarillo, anaranjado, negro, blanco, o rosado? Conteste "Sí" solamente si contesta correctamente cinco colores.
- _____

5. ¿Se disfraza y actúa fingiendo ser alguien o algo diferente? Por ejemplo, ¿se viste de ropa diferente y finge ser mamá, papá, hermano o hermana, o cualquier otra animal o figura imaginario?
- _____

6. Si Ud. pone cuatro objetos delante de su niño/a ¿puede contarlos diciendo "1, 2, 3, 4" en el orden correcto? Haga esta pregunta sin ayudar o dar señas o diciendo los nombres de los objetos.
- _____

TOTAL PARA RESOLUCIÓN de PROBLEMAS _____

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

1. ¿Se sirve comida de un recipiente a otro usando utensilios? Por ejemplo, ¿Puede usar una cuchara grande para sacar puré de manzana de un recipiente a un plato hondo?
- _____

2. ¿Su niño/a le dice a Ud. al menos 4 de lo siguiente
- | | |
|--------------------------|---------------------------|
| a. Su nombre (del niño) | d. Su apellido (del niño) |
| b. Su edad (del niño) | e. Si es niño o niña |
| c. La ciudad en que vive | f. Su número de teléfono? |
- _____

3. ¿Se lava las manos y la cara usando jabón y se seca con una toalla sin ayuda?
- _____

SOCIO-INDIVIDUAL (continuación)

SÍ A VECES TODAVÍA NO

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| 4. ¿Le dice su niño/a los nombres de al menos dos compañeros de juego, sin incluir a los hermanos? Haga esta pregunta sin ayudarlo sugiriendo los nombres de compañeros de juegos o amigos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 5. ¿Se limpia los dientes poniendo pasta de dientes en el cepillo y cepillando todos los dientes sin ayuda? Puede ser que Ud. todavía necesite examinar y cepillar de nuevo los dientes. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 6. ¿Se viste o se desnuda sin ayuda (sin contar los cierres, botones, botón o broche de presión)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| TOTAL PARA SOCIO-INDIVIDUAL | | | | _____ |

GENERAL *Padres y proveedores pueden utilizar el resto de esta página y 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 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"/> |