

**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*

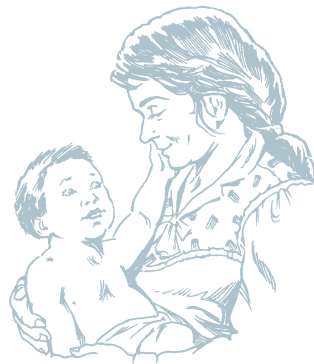
Copyright © 1999 por Paul H. Brookes Publishing Co.

# ◆ **14 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.

# ◆ 14 Meses ◆

## 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: \_\_\_\_\_

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.



Llegados a esta edad, muchos niños se niegan a cooperar cuando se les pide que hagan determinadas 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	
<b>COMUNICACIÓN</b> <i>Intente hacer cada actividad con su niño/a.</i>				
1. ¿Dice su niño/a una palabra además de “Mamá” y “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"/>	___
2. Cuando su niño/a quiere algo, ¿le comunica a Ud. lo que quiere por apuntar con el dedo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
3. ¿Indica su niño/a “sí” y “no” con la cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
4. Intenta tocar, agarrar, o señalar con el dedo los dibujos de un libro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
5. ¿Sabe decir al menos cuatro “palabras” además de “mamá” o “papá”?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
6. Cuando Ud. le pide, ¿va 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"/>	___
<b>TOTAL PARA COMUNICACIÓN</b>				___

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

1. Si Ud. le coge las manos para ayudarle con el equilibrio, ¿puede su niño/a tomar algunos pasos sin dar un traspié o caerse?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
2. Si le coge solamente un mano para ayudarle con el equilibrio, ¿puede su niño/a tomar algunos pasos?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
3. ¿Puede su niño/a pararse en el medio del piso sin ayuda y tomar algunos pasos adelante?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
4. ¿Puede subirse a los muebles?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
5. ¿Puede agacharse para agarrar un objeto del suelo y volverse a poner de pie sin apoyarse a nada?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
6. ¿Camina su hijo/a por la casa en lugar de gatear?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
<b>TOTAL PARA MOVIMIENTOS AMPLIOS</b>				___	

SÍ A VECES TODAVÍA NO

**MOVIMIENTOS FINOS**

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

1. Sin apoyar la mano o el brazo en la mesa, ¿agarra su niño/a una miga o un Cheerio con el punto del pulgar y un dedo?



\_\_\_\_\_

2. ¿Tira su niño/a una pelota pequeña, moviendo el brazo hacia adelante?



\_\_\_\_\_

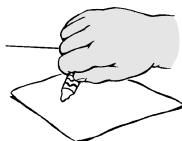
3. ¿Ayuda su niño a pasar las páginas de un libro? (Ud. puede darle la hoja para que él la agarre.)

\_\_\_\_\_

4. ¿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.)

\_\_\_\_\_

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



\_\_\_\_\_

6. ¿Saba colocar tres cubitos o juguetes unos encima de los otros sin ayuda?

\_\_\_\_\_

TOTAL PARA MOVIMIENTOS FINOS \_\_\_\_\_

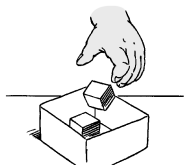
**RESOLUCIÓN de PROBLEMAS**

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

1. Si Ud. pone un juguete pequeño dentro de una caja o un tazón, ¿es que su niño/a le imita a Ud., aún si no la suelta? (Si ya lo deja caer en el recipiente o en la caja, responda afirmativamente a la pregunta.)

\_\_\_\_\_

2. ¿Deja caer su niño dos juguetes pequeños, uno tras otro, en una caja u otro recipiente?



\_\_\_\_\_

3. Si Ud. garabatea en un papel con un pastel, ¿hace su niño/a lo mismo, imitandole a Ud.? (Si ya sabe hacer garabatos solo, responda afirmativamente a la pregunta.)

\_\_\_\_\_

4. ¿Sabe meter una migaja o un Cheerio (cereal de desayuno) en una pequeña botella transparente (como un tubo de píldoras, una botella de refresco o un biberón?)

\_\_\_\_\_

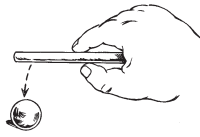
5. ¿Mete varios juguetes pequeños (seis o más) dentro de un recipiente como una caja o un tazón? (Puede enseñarle cómo se hace.)

\_\_\_\_\_

SÍ      A VECES      TODAVÍA NO

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

6. Después de que Ud. le demuestre cómo, ¿su niño/a trata de conseguir un juguete pequeño que está un poco lejos usando una cuchara, un palo o algo semejante?



                 \_\_\_\_\_

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

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

1. Cuando Ud. le viste a su niño/a ¿se levanta él la pierna para ponerla en un pantalón, un zapato o un calcetín?

                 \_\_\_\_\_

2. ¿Hace su niño/a rodar una pelota a Ud., para que Ud. pueda devolverla a él?

                 \_\_\_\_\_

3. ¿Juega su niño/a con una muñeca o un animalito de juguete, abrazándolo?

                 \_\_\_\_\_

4. ¿Sabe usar una cuchara para comer, aunque se le caiga algo de comida?

                 \_\_\_\_\_

5. ¿Ayuda a desvestirse quitándose ropa como los calcetines, el gorro, los zapatos o los guantes?

                 \_\_\_\_\_

6. ¿Trata su niño de atraer su atención por tirar a su mano o su ropa?

                 \_\_\_\_\_

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

**GENERAL**      *Padres y proveedores pueden utilizar el reverso de esta página para hacer comentarios adicionales.*

1. ¿Cree Ud. que su bebé oye bien?

SÍ       NO

Si contesta "No", explique: \_\_\_\_\_

2. ¿Usa su niño/a ambas manos igualmente bien?

SÍ       NO

Si contesta "No", explique: \_\_\_\_\_

3. Cuando su niño/a se para, ¿están sus piés llanos en el piso por la mayor parte?

SÍ       NO

Si contesta "No", explique: \_\_\_\_\_

4. ¿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: \_\_\_\_\_

5. ¿Tiene Ud. alguna preocupación sobre la vista de su niño/a?

SÍ       NO

Si contesta "Sí", explique: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_