

**Edades y Etapas: Un Cuestionario Completado por los Padres para Evaluar a los Niños\***  
**Segunda Edición**

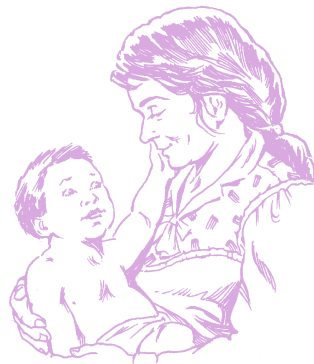
Por Diane Bricker y Jane Squires

con la ayuda de *Linda Mounts, LaWanda Potter, Robert Nickel, Elizabeth Twombly, y Jane Farrell*

Copyright © 1999 por Paul H. Brookes Publishing Co.

# ◆ **20 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.

◆ **20 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.



A esta edad, muchos niño/as no cooperan cuando se los pide a hacer 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

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

- |   |                          |                          |                          |       |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| 1. ¿Llmita su niño/a una oración de dos palabras? Por ejemplo, cuando Ud. dice "Mamá juega" o "Papá come" o "¿Qué es?", repite su niño/a la misma frase? (Marque "sí" aun si sus palabras sean difícil de entender.)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 2. ¿Puede decir al menos 8 palabras además de "mamá" y "papá"?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 3. Sin enseñarle primero, ¿puede <i>señalar con el dedo</i> al dibujo correcta cuando Ud. le pide: "enséñame dónde está el gatito", o "¿dónde está la pelota?" (El niño solamente tiene que identificar un dibujo correctamente.)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 4. ¿Puede decir dos o tres palabras juntas que representen ideas diferentes, como: "veo perro", "mamá llega casa" o "gatito no está"? (No cuente las combinaciones de palabras que expresen una sola idea como "se termino", "está bien" y "¿qué es?")  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Escriba un ejemplo de las combinaciones de palabras que usa:<br><br>_____   |                          |                          |                          |       |
| 5. Si Ud. señala un dibujo de una pelota (gatito, vaso, gorro, etc.) y le dice "¿qué es?", ¿puede decir correctamente lo que hay al menos en un dibujo?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 6. Sin darle pistas señalándole o usando gestos, ¿puede seguir al menos tres de las siguientes instrucciones?<br>a. "Pon el juguete en la mesa".      d. "Busca tu abrigo".<br>b. "Cierra la puerta".                      e. "Dame la mano".<br>c. "Tráeme una toalla".                      f. "Agarra tu libro". | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

TOTAL PARA COMUNICACIÓN      \_\_\_\_\_

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

- |  |                          |                          |                          |       |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| 1. ¿Se sube a una silla, por ejemplo, para agarrar algo que quiere y no puede alcanzar?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 2. ¿Anda con seguridad sin caerse mucho?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 3. ¿Puede bajar las escaleras si Ud. lo lleva de la mano? (Ud. puede observar esto en una tienda, en el parque o en casa.)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 4. Al enseñarle cómo se da una patada al balón, ¿intenta repetirlo dando una patada al balón o moviéndolo la pierna hacia atrás y luego hacia adelante? o con las piernas al correr? (Si ya sabe dar una patada al balón, responda afirmativamente a la pregunta.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |



SÍ A VECES TODAVÍA NO

**MOVIMIENTOS AMPLIOS** (continuación)

5. ¿Sabe correr bastante bien, parándose sin darse golpes o caerse?



\_\_\_\_\_

6. ¿Puede subir o bajar al menos dos escalones sin ayuda? (Responda afirmativamente aunque necesite agarrarse de la pared o de la barandilla.)

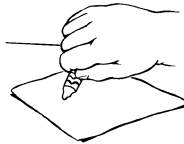


\_\_\_\_\_

TOTAL PARA MOVIMIENTOS AMPLIOS \_\_\_\_\_

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

1. ¿Escribe su hijo con la punta de la crayola (del lápiz o de la pluma) al intentar dibujar?



\_\_\_\_\_

2. ¿Sabe poner tres 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.)

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

5. ¿Sabe colocar seis cubitos o juguetes unos encima de otros sin ayuda?

\_\_\_\_\_

6. ¿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?

\_\_\_\_\_

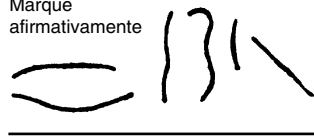
TOTAL PARA MOVIMIENTOS FINOS \_\_\_\_\_

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

1. Sin enseñarle cómo se hace, ¿hace garabatos cuándo Ud. le da una crayola (o un lápiz o una pluma)?

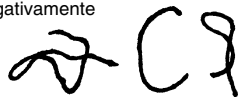
\_\_\_\_\_

Marque afirmativamente

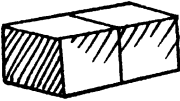


2. Después de verle a Ud. dibujar una línea de arriba a bajo de la hoja de papel usando una crayola, ¿le copia intentando dibujar una línea en cualquiera dirección? (No cuenta el hacer garabatos de un lado para otro.)

Marque negativamente



\_\_\_\_\_

<b>RESOLUCIÓN de PROBLEMAS</b> <i>(continuación)</i>	SÍ	A VECES	TODAVÍA NO	___
3. Si Ud. hace algunas de los siguientes gestos, ¿le intenta imitar al menos una vez? a. Abrir y cerrar la boca.                      c. Tirarse de la oreja. b. Abrir y cerrar los ojos.                      d. Tocarse la mejilla.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
4. Si Ud. le da una botella, una cuchara o un lápiz al revés, ¿intenta darle la vuelta para usarlo correctamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
5. Mientras su niño/a le observe, ponga cuatro objetos, como unos cubos o unos carritos, en línea recta. ¿Le intenta imitar poniendo al menos <i>dos</i> objetos en línea recta? (También puede usar carretes de hilo, unas cajitas u otros juguetes.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
				
6. Si quiere coger algo que no alcanza, ¿busca una silla o una caja para subirse encima para alcanzarlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___

TOTAL PARA RESOLUCIÓN de PROBLEMAS \_\_\_

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

1. ¿Sabe usar una cuchara para comer, aunque se le caiga algo de comida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
2. ¿Intenta conseguir su atención o intenta enseñarle algo tirándole de la mano o de la ropa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
3. ¿Sabe beber de un vaso y bajarlo nuevamente sin que se le caiga mucho del contenido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
4. ¿Le imita haciendo las mismas actividades que Ud. hace como limpiar algo que se le ha caído, pasar la aspiradora, afeitarse o peinarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
5. Al jugar con un mono de peluche o con una muñeca, ¿lo mece, le da de comer, le cambia los pañales, lo acuesta, etc?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
6. ¿Come con un tenedor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___

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?<br>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?<br>Si contesta "No", explique: _____ | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Puede entender casi todo lo que su niño/a le dice?<br>Si contesta "No", explique: _____       | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

**GENERAL** (continuación)

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 de su niño/a que a Ud. le preocupe? Sí  NO   
Si contesta "Sí", explique: \_\_\_\_\_