

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

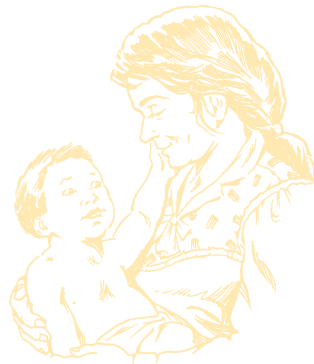
Por Diane Bricker y Jane Squires

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

Copyright © 1999 por Paul H. Brookes Publishing Co.

# ◆ **27 Meses** ◆

## **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.

◆ **27 Meses** ◆  
**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.



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. 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"/> | _____ |
| 2. Si Ud. le señala un dibujo de una pelota (gatito, vaso, gorro, etc.) y le dice "¿qué es?", ¿puede identificar <i>correctamente</i> al menos un dibujo?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 3. Al decirle que señale la nariz, los ojos, el pelo, los pies, las orejas, etc., ¿puede señalar al menos <i>siete</i> partes del cuerpo? ¿Puede señalarse en si mismo, en Ud. o en una muñeca?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 4. ¿Puede usar correctamente al menos dos palabras como "me", "yo", "mío" o "tú"?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 5. ¿Puede construir frases de tres o cuatro palabras?<br>Escriba un ejemplo:<br><br>_____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 6. Sin darle pistas ni gestos, dígame: "Pon el zapato <i>encima de</i> la mesa" y "Pon el libro <i>debajo de</i> la silla". ¿Puede seguir las dos instrucciones correctamente?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

TOTAL PARA COMUNICACIÓN \_\_\_\_\_

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

- |  |                          |                          |                          |       |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| 1. ¿Puede subir o bajar al menos dos escalones sin ayuda? (Responda afirmativamente aunque necesite agarrarse de la pared o de la barandilla.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 2. ¿Sabe correr bastante bien, parándose sin darse golpes o caerse?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 3. ¿Sabe saltar levantando los dos pies del suelo a la vez?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |



SÍ A VECES TODAVÍA NO

**MOVIMIENTOS AMPLIOS** (continuación)

4. Sin apoyarse en ningún objeto, ¿sabe dar una patada a un balón moviendo la pierna hacia atrás y luego hacia adelante?



\_\_\_\_\_

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



\_\_\_\_\_

6. ¿Sabe subir escaleras poniendo un pie en cada escalón? (El pie izquierdo en un escalón y el derecho en el siguiente). Puede argarrarse de la barandilla o de la pared. (Mire esto en otros lugares. Puede ser en una tienda, en un parque de juegos o en casa.)



\_\_\_\_\_\*

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

*\*Si en los movimientos amplios marco el número 6 afirmativamente, marque el número 1 del mismo, afirmativamente también.*

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

1. ¿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?

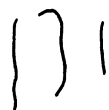
\_\_\_\_\_

2. ¿Sabe apagar y encender la luz?

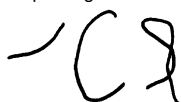
\_\_\_\_\_

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

Marque afirmativamente



Marque negativamente



\_\_\_\_\_

4. ¿Sabe colocar siete 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.)

\_\_\_\_\_

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



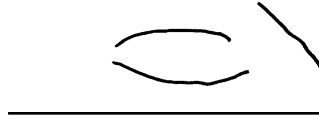
\_\_\_\_\_

SÍ A VECES TODAVÍA NO

**MOVIMIENTOS FINOS** (continuación)

6. Después de observarle a Ud. dibujar una línea de un lado a otro de la hoja de papel, pida a su niño/a que haga una línea como la suya. No le deje usar papel transparente o dibujar encima de la suya. ¿Hace lo que Ud. hizo, dibujando una línea horizontal?

Marque afirmativamente



Marque negativamente



\_\_\_\_\_

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

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

1. ¿Juega con objetos dándole funciones distintas a las que realmente tienen? Por ejemplo, ¿agarra un vaso y se lo pone en la oreja jugando como si fuera un teléfono? ¿Se pone una caja en la cabeza jugando como si fuera un gorro? ¿Usa un cubito, palito u otro objeto para revolver a la comida jugando?

\_\_\_\_\_

2. ¿Coloca las cosas en su sitio? Por ejemplo, ¿sabe que sus juguetes se colocan en un sitio determinado, que su cobija se pone en la cama y que los platos se ponen en la cocina?

\_\_\_\_\_

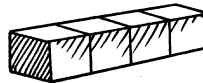
3. Al mirarse al espejo, pregúntele: “¿dónde está \_\_\_\_\_?” (Use el nombre de su niño/a.) ¿Se señala en el espejo?

\_\_\_\_\_

4. Si quiere algo que no alcanza, ¿Busca una silla o una caja para subirse y poderlo alcanzarlo?

\_\_\_\_\_

5. Mientras su niño/a le observe, ponga cuatro objetos, como unos cubos o unos carritos, en línea recta. ¿Intenta imitarla poniendo al menos cuatro objetos en línea recta? (También puede usar carretes de hilo, unas cajitas u otros juguetes.)



\_\_\_\_\_

6. 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”, “papá” son correctas.



Escriba la respuesta de su niño/a a continuación:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

1. Si Ud. hace algunos de los siguientes gestos, ¿le intenta imitar al menos una vez?

\_\_\_\_\_

- a. Abrir y cerrar la boca.
- b. Abrir y cerrar los ojos.
- c. Tirarse de la oreja.
- d. Tocarse la mejilla.

<b>SOCIO-INDIVIDUAL</b> <i>(continuación)</i>	SÍ	A VECES	TODAVÍA NO	___
2. ¿Come con un tenedor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
3. 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"/>	___
4. ¿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"/>	___
5. ¿Se refiere a sí mismo/a llamándose "yo" más que por su propio nombre? Es decir, "yo pongo" en lugar de "Susana pone".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
6. ¿Sabe ponerse el abrigo, su chaqueta o su camisa sin ayuda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
<b>TOTAL PARA SOCIO-INDIVIDUAL</b>				___

**GENERAL** *Padres y proveedores pueden utilizar el reverso de la página.*

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Cree Ud. que su niño/a oye bien?  | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Si contesta "No", explique: _____   |                             |                             |
| 2. ¿Cree Ud. que habla igual que los otros niños de su edad?  | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Si contesta "No", explique: _____   |                             |                             |
| 3. ¿Puede entender casi todo lo que su niño/a le dice?  | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Si contesta "No", explique: _____   |                             |                             |
| 4. ¿Cree Ud. que camina, corre y trepa igual que los otros niños de su edad?  | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 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 <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Si contesta "Sí", explique: _____   |                             |                             |
| 6. ¿Tiene Ud. alguna preocupación sobre la vista de su niño/a?  | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Si contesta "Sí", explique: _____   |                             |                             |
| 7. ¿Ha tenido su niño/a algún problema médico en los últimos meses?   | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Si contesta "Sí", explique: _____   |                             |                             |
| 8. ¿Hay algo de su niño/a que a Ud. le preocupe?  | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Si contesta "Sí", explique: _____   |                             |                             |