

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.

36 Meses • 3 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.



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.

36 Meses ♦ 3 Años **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.



SÍ A VECES TODAVÍA NO




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

1. Cuando le pide a su niño/a que apunte a la nariz, al pelo, a los pies, a las orejas, etc., ¿puede apuntar a por lo menos *siete* partes del cuerpo? Puede señalarse en sí mismo, en Ud. o en una muñeca. _____
2. ¿Puede construir frases de tres o cuatro palabras? _____
Escriba un ejemplo:

3. Sin darle pistas ni señas, dígame: "Pon el zapato *encima de* la mesa" y "Pon el libro *debajo de* la silla". ¿Sigue estas instrucciones correctamente? _____
4. Al mirar un libro de muchas fotografías o dibujos, ¿Su niño/a le dice lo que pasa en la fotografía o en el dibujo? Por ejemplo, "Ladra", "Corre", "Come" o "Llora". Si Ud. le preguntar, "¿que hace el perro (o el niño)?" _____
5. Enseñe a su niño/a como el cierre de un abrigo sube y baja. Dígame: "Mira esto sube y baja." Ponga el cierre en el centro y pídale que lo baje. Ponga el cierre en el centro otra vez y pídale que lo suba. Repita esto varias veces antes de pedirle que lo haga solo/a. ¿Siempre sube el cierre cuando Ud. le dice "súbelo" y siempre lo baja al decirle "bájalo"? _____
6. Al preguntarle: ¿cómo te llamas?", ¿responde con su nombre y apellido? _____

TOTAL PARA COMUNICACIÓN _____

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

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

2. ¿Sabe saltar levantando los dos pies del suelo a la misma vez? _____

3. ¿Sabe subir las escaleras poniendo un pie en cada escalón? (El pie izquierdo en un escalón y el derecho en el siguiente). Se permite que se apoye en la barandilla o en la pared. (Mire esto en otros lugares. Puede ser en una tienda, en un parque de juegos o en casa.) _____


SÍ A VECES TODAVÍA NO

MOVIMIENTOS AMPLIOS (continuación)

4. ¿Puede pararse en un solo pie por un segundo sin agarrarse de nada?



5. Al estar de pie ¿sabe tirar una pelota al frente, levantando el brazo a la altura del hombro? (No lo cuente si deja caer la pelota o tira la pelota desde la altura de la cintura.)



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

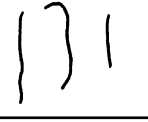


TOTAL PARA MOVIMIENTOS AMPLIOS _____

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

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

Marque afirmativamente



Marque negativamente



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

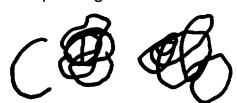


3. Después de observarle a Ud. dibujar un solo círculo, pídale que dibuje un círculo como el suyo. No le deje dibujar encima del suyo. ¿Hace lo que hizo Ud., dibujando un círculo?

Marque afirmativamente



Marque negativamente



4. Después de observarle a Ud. dibujar una línea de un lado al otro de la hoja de papel, pídale que haga una línea como la suya. No le deje dibujar encima de la suya. ¿Hace lo que hizo Ud., dibujando una línea horizontal?

Marque afirmativamente



Marque negativamente



SÍ A VECES TODAVÍA NO

MOVIMIENTOS FINOS (continuación)

5. ¿Intenta cortar papel con las tijeras (que no son peligrosas para niños)? (No es necesario que llegue a cortar el papel, pero sí debe saber abrirlas y cerrarlas mientras que agarra el papel con la otra mano. Ud. puede enseñarle cómo se usan las tijeras.)



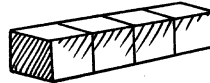
6. Al hacer un dibujo, ¿Agarra el lápiz, la crayola o la pluma entre los dedos como lo hace un adulto?



TOTAL PARA MOVIMIENTOS FINOS _____

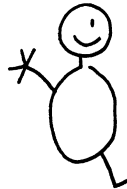
RESOLUCIÓN de PROBLEMAS Intente hacer cada actividad con su niño/a.

1. Mientras su niño/a le observa, ponga cuatro objetos, como unos cubos o unos carritos, en línea recta; ¿Hace su niño/a lo que hizo Ud., poniendo los *cuatro* objetos en línea recta? (También puede usar carretes de hilo, unas cajitas u otros juguetes.)



2. Si quiere algo que no puede alcanzar, ¿Busca una silla o una caja para subirse y poder alcanzarlo?

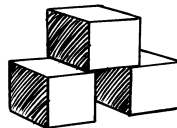
3. Al señalarle esta figura y preguntarle “¿qué es?”, ¿responde con una palabra que haga referencia a una persona? Respuestas como “muñeco de nieve”, “niño”, “señor”, “niña” o “papá” son correctas.



Escriba la respuesta a continuación:

4. Al decirle: “Di siete tres”, ¿sabe repetir *solamente* los dos números en el orden correcto? No repita los números. Si es necesario, intente otro par de números y diga: “Di ocho dos”. Sólomente es necesario que el niño repita al menos *uno* de los pares de números para que Ud. pueda responder afirmativamente a la pregunta.

5. Enséñele a hacer un puente con cubos, cajas o latas como el del dibujo. ¿Sabe copiarle?



6. Al decirle: “ Di cinco ocho tres”, ¿sabe repetir *solamente* los tres números en el orden correcto? No repita los números. Si es necesario, intente otra serie de números y diga: “Di seis nueve dos”. Sólomente es necesario que el niño repita al menos *una* de las dos series de números para que Ud. pueda responder afirmativamente a la pregunta.

TOTAL PARA RESOLUCIÓN de PROBLEMAS _____

SOCIO-INDIVIDUAL	<i>Intente hacer cada actividad con su niño/a.</i>	SÍ	A VECES	TODAVÍA NO	
1.	¿Sabe meterse la cuchara en la boca sin que normalmente se le caiga la comida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
2.	¿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"/>	___
3.	Al mirarse su niño/a en el espejo y al preguntarle Ud.: ¿Quién está en el espejo?, ¿Contesta “yo” o dice su nombre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
4.	¿Sabe ponerse el abrigo, su chaqueta o su camisa sin ayuda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
5.	Hágale la siguiente pregunta empleando estas mismas palabras: “¿eres una niña o un niño?” ¿Sabe responder correctamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
6.	¿Sabe respetar el turno de otro niño o de un adulto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
TOTAL PARA SOCIO-INDIVIDUAL					___

GENERAL *Padres y proveedores pueden utilizar el reverso para comentarios adicionales.*

- | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|--|
| 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 Ud. 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: _____ | | | |