

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

Segunda Edición

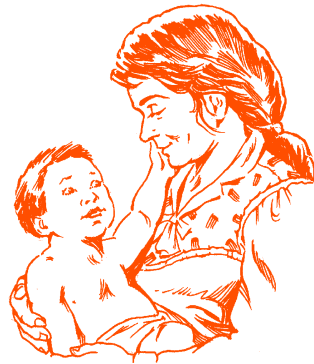
Por Diane Bricker y Jane Squires

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

Copyright © 1999 por Paul H. Brookes Publishing Co.

◆ **6 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.

◆ **6 Meses** ◆
Cuestionario

Por favor da la siguiente información.

Nombre del bebé: _____

Fecha de nacimiento del bebé: _____

Fecha de nacimiento correctada 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.



SÍ A VECES TODAVÍA NO

COMUNICACIÓN *Intente hacer cada actividad con su bebé.*

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 1. ¿Hace su bebé chillidos agudos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 2. ¿Cuando hace sonidos, gruñe, rezonga, o hace otros sonidos en tono bajo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 3. Si llama a su bebé cuando él no le puede ver, ¿mueve la cabeza en la dirección de su voz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 4. ¿Intenta buscar de dónde proviene un ruido al oírlo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 5. ¿Puede hacer sonidos como "da", "ga", "ka", y "ba"? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 6. ¿Si Ud. imita los sonidos de su bebé, repite su bebé los mismos sonidos a Ud.? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |

TOTAL PARA COMUNICACIÓN ___

MOVIMIENTOS AMPLIOS *Intente hacer cada actividad con su bebé.*

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 1. ¿Al estar boca arriba, levanta su bebé las piernas bastante para poder ver los pies? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 2. ¿Cuando está boca abajo, endereza los dos brazos y levanta todo el pecho de la cama o del suelo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 3. ¿Puede darse la vuelta de estar boca arriba a estar boca abajo, sacándose los brazos de debajo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 4. ¿Se apoya en las manos al sentarlo en el suelo?
(Responda afirmativamente si ya puede sentarse derecho sin apoyarse en las manos.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|



- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 5. Si Ud. lo agarra debajo de los brazos para ayudarlo a mantener el equilibrio, ¿puede apoyarse su propio peso mientras está de pie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|



- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 6. ¿Puede ponerse en la postura para gatear apoyándose en las manos y en las rodillas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|



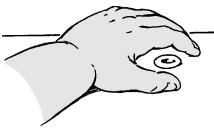
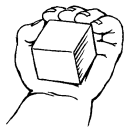


TOTAL PARA MOVIMIENTOS AMPLIOS ___

MOVIMIENTOS FINOS *Intente hacer cada actividad con su bebé.*

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 1. ¿Agarra su bebé un juguete que se le ofrece, y lo mira, lo agita, o lo masca por aproximadamente un minuto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|


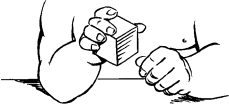

SÍ A VECES TODAVÍA NO

MOVIMIENTOS FINOS (continuación)

- | | | | | | | |
|----|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 2. | ¿Cuando agarra o alarga la mano para tomar un juguete, usa las dos manos a la misma vez? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | |
| 3. | ¿Alarga la mano para tomar una migaja de pan o un "Cheerio" (cereal de desayuno) y toca con el dedo? (Si su bebé ya puede recoger un objeto pequeño de tamaño de un guisante, conteste "Sí" a esta pregunta.) |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 4. | ¿Puede agarrar un juguete pequeño y tenerlo en el centro de la mano, sujetándolo con los dedos? |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 5. | ¿Intenta/agarrar una migaja de pan o un Cheerio (cereal de desayuno) usando el dedo pulgar y todos los demás haciendo un movimiento como de rastrillo, incluso si no puede agarrarlo? (Si ya puede agarrar una migaja o un Cheerio de esta manera, responda afirmativamente a esta pregunta.) |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 6. | ¿Agarra un juguete pequeño con una sola mano? |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |

TOTAL PARA MOVIMIENTOS FINOS ___

RESOLUCIÓN de PROBLEMAS Intente hacer cada actividad con su bebé.

- | | | | | | | |
|----|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 1. | ¿Cuando hay un juguete delante de su bebé, alarga la mano hacia sí para tomarlo con las dos manos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | |
| 2. | Quando está boca arriba, ¿vuelve la cabeza para buscar un juguete cuando lo deja caer? (Si al dejarlo caer ya puede recogerlo, conteste "Sí" a esta pregunta.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | |
| 3. | Al estar boca arriba, ¿intenta agarrar el juguete que se le cayó si lo puede ver? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | |
| 4. | Frecuentemente agarra un juguete y se lo mete en la boca? |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 5. | ¿Se pasa el juguete de una mano a la otra? |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 6. | ¿Juega dando golpes a un juguete contra el suelo o contra la mesa? |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |

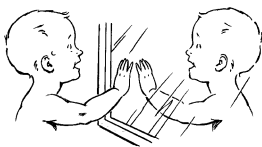
TOTAL PARA RESOLUCIÓN de PROBLEMAS ___

SÍ A VECES TODAVÍA NO

SOCIO-INDIVIDUAL

Intente hacer cada actividad con su bebé.

1. Cuándo su bebé está delante de un espejo grande, ¿empieza a sonreír o a hacer sonidos?



2. ¿Se comporta en manera diferente con desconocidos comparado a su comportamiento cuando está con Ud. u otras personas conocidas? (Reacciones a desconocidos pueden incluir mirando fijamente, arrugando el entrecejo, retra y éndose o llorando.)

3. Al estar boca arriba, ¿intenta jugar agarrándose el pie?



4. Al estar delante de un espejo, ¿intenta tocar el espejo con las manos?



5. Al estar boca arriba, ¿intenta meter el pie en la boca?



6. ¿Intenta agarrar un juguete que no puede alcanzar? (Puede que intente darse la vuelta, girar sobre el estómago, o gatear para agarrarlo.)

TOTAL PARA SOCIO-INDIVIDUAL _____

GENERAL

Padres y proveedores pueden utilizar el espacio al final o el reverso de la página.

1. ¿Cree que su bebé oye bien?

SÍ NO

Si contesta "No", explique: _____

2. ¿Cree Ud. que usa las dos manos igualmente bien?

SÍ NO

Si contesta "No", explique: _____

3. Al ponerle de pie, ¿Están los pies nivelados con el suelo la mayoría de las veces?

SÍ NO

Si contesta "No", explique: _____

4. ¿Tienen 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: _____

GENERAL (continuación)

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: _____