

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.

◆ 8 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.

◆ **8 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.




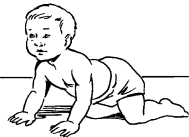



SÍ A VECES TODAVÍA NO

COMUNICACIÓN *Intente hacer cada actividad con su bebé.*

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 1. Si le llama a su bebé cuando ella no le puede ver, ¿le busca en la dirección de su voz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 2. ¿Intente encontrar de dónde proviene un ruido al oírlo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 3. Si Ud. imita los sonidos de su bebé, ¿intenta él repetirlos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 4. ¿Puede hacer su bebé sonidos como “da”, “ga”, “ka”, y “ba”? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 5. ¿Distingue su bebé los diferentes tonos de su voz y deja de hacer lo que lo tiene entretenido al menos por un momento cuando Ud. le repite “no, no”? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 6. ¿Puede hacer dos sonidos similares como “ba-ba”, “da-da”, o “ga-ga”? Puede ser que pronuncie estos sonidos sin que se refiera a ningún objeto ni a ninguna persona en particular. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |

TOTAL PARA COMUNICACIÓN ___

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

- | | | | | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| 1. ¿Se apoya en las manos su bebé, en el suelo?
(Responda afirmativamente si ya puede sentarse derecho sin apoyarse en las manos.) |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 2. ¿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"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 3. ¿Puede ponerse en la postura para gatear apoyándose en las manos y en las rodillas? |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 4. Si Ud. lo agarra debajo de los brazos para ayudarle a mantener el equilibrio, ¿puede apoyarse su propio peso mientras está de pie? |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 5. Al estar sentado en el suelo, ¿puede sentarse recto por varios minutos <i>sin</i> que use las manos para apoyarse? |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ * |
| 6. Al ponerlo de pies cerca de los muebles de la casa o de la cuna, ¿puede agarrarse a los muebles sin que se apoye con el pecho? |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |


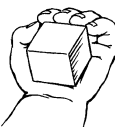


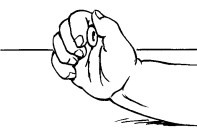

TOTAL PARA MOVIMIENTOS AMPLIOS ___

**Si ha contestado sí o a veces a la pregunta número 5 responda afirmativamente a la número 1 también.*

SÍ A VECES TODAVÍA NO

MOVIMIENTOS FINOS

Intente hacer cada actividad con su bebé.





- | | | | | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <p>1. Intenta agarrar una migaja de pan o un Cheerio (cereal de desayuno), tocándolo con los dedos o con la palma de la mano? (Si ya puede agarrar objetos pequeños, responda afirmativamente a esta pregunta.)</p> |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>2. ¿Puede agarrar un juguete pequeño y tenerlo en el centro de la mano, sujetándolo con los dedos?</p> |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>3. ¿Intenta agarrar una migaja de pan o un Cheerio 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.)</p> |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>4. ¿Agarra un juguete pequeño con una sola mano?</p> |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>5. ¿Puede agarrar una migaja de pan o un Cheerio usando el dedo pulgar y todos los demás haciendo un movimiento como de rastrillo? (Si ya puede agarrar una migaja o un Cheerio, responda afirmativamente a esta pregunta.)</p> |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>6. ¿Puede agarrar un juguete pequeño con las yemas de los dedos? (Debe de haber un espacio entre el juguete y la palma de la mano.)</p> |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

TOTAL PARA MOVIMIENTOS FINOS

**Si ha contestado sí o a veces a la pregunta número 6 responda afirmativamente a la número 2 también.*

RESOLUCIÓN de PROBLEMAS

Intente hacer cada actividad con su bebé.

- | | | | | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <p>1. Frecuentemente agarra un juguete y se lo mete en la boca?</p> |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>2. Al estar boca arriba, ¿intenta agarrar el juguete que se le cayó si lo puede ver?</p> |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>3. ¿Juega dando golpes a un juguete contra el suelo o contra la mesa?</p> |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>4. ¿Se pasa el juguete de una mano a la otra?</p> |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

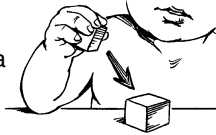
SÍ A VECES TODAVÍA NO

RESOLUCIÓN de PROBLEMAS *(continuación)*

5. ¿Agarra dos juguetes, uno en cada mano, y los sujeta por un minuto aproximadamente?



6. Al tener un juguete en la mano, ¿lo golpea contra otro que está en la mesa?



TOTAL PARA RESOLUCIÓN de PROBLEMAS _____

SOCIO-INDIVIDUAL *Intente hacer cada actividad con su bebé.*

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



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



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

4. Al estar boca arriba, ¿intenta meterse el pie en la boca?



5. ¿Puede beber agua o jugo de un vaso si Ud. se lo sujeta?

6. ¿Puede comer una galleta sin ayuda?

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: _____

GENERAL (continuación)

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: _____
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: _____