



Ages & Stages Questionnaires®

17 meses 0 días a 18 meses 30 días

Cuestionario de 18 meses



Favor de proveer los siguientes datos. Al completar este formulario, use solamente una pluma de tinta negra o azul y escriba legiblemente con letra de molde.

Fecha en que se completó el cuestionario: _____

Información del niño/a:

Nombre del niño/a: _____ Inicial de su segundo nombre: _____ Apellido(s) del niño/a: _____

Fecha de nacimiento del niño/a: _____ Para niños prematuros, si el parto ocurrió 3 semanas o más antes de la fecha proyectada, # de semanas que se adelantó: _____ Sexo del niño/a: Masculino Femenino

Información de la persona que está llenando este cuestionario

Nombre: _____ Inicial de su segundo nombre: _____ Apellido(s): _____

Dirección: _____ Parentesco con el niño/a: Padre/madre Tutor Maestro/a Educador/a o asistente de preescolar Abuelo/a u otro pariente Madre/padre de acogida Otro/a: _____

Ciudad: _____ Estado/Provincia: _____ Código postal: _____

País: _____ # de teléfono de casa: _____ Otro # de teléfono: _____

Su dirección electrónica: _____

Los nombres de las personas que le están ayudando a llenar este cuestionario: _____

Información del programa

de identificación del niño/a: _____ Edad al realizar la evaluación ASQ, en meses y días: _____

de identificación del programa: _____ Si es niño/a prematuro/a, edad ajustada, en meses y días: _____

Nombre del programa: _____

En las siguientes páginas Ud. encontrará una serie de preguntas sobre diferentes actividades que generalmente hacen los niños. Puede ser que su niño/a ya pueda hacer algunas de estas actividades, y que todavía no haya realizado otras. Después de leer cada pregunta, por favor marque la respuesta que indique si su niño/a hace la actividad regularmente, a veces, o todavía no.

Puntos que hay que recordar:

- Asegúrese de intentar cada actividad con su niño/a antes de contestar las preguntas.
- Complete el cuestionario haciendo las actividades con su niño/a como si fueran un juego divertido.
- Asegúrese de que su niño/a haya descansado y comido.
- Por favor, devuelva este cuestionario antes de esta fecha: _____.

Notas:

A esta edad, muchos niños no cooperan cuando se les pide hacer cosas. Quizás Ud. tenga que intentar hacer las actividades más de una vez con su niño/a. Si es posible, intente hacer las actividades cuando su niño/a tenga buena disposición. Si su niño/a puede hacer la actividad, pero se niega a hacerla, marque "sí" en la pregunta.

COMUNICACION

	SI	A VECES	TODAVIA NO	_____
1. Cuando su niño quiere algo, ¿lo <i>señala con el dedo</i> para comunicárselo a Ud.?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
2. Cuando Ud. se lo pide, ¿va su niña a otro cuarto a buscar un juguete u objeto conocido? (<i>Puede preguntarle, "¿Dónde está la pelota?", o decirle "Tráeme tu abrigo", o "Busca tu cobija".</i>)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
3. ¿Dice su niño ocho o más palabras además de "mamá" y "papá"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
4. ¿Imita su niña una oración de dos palabras? Por ejemplo, cuando Ud. dice "Mamá juega", "Papá come", o "¿Qué es?", repite ella la misma frase? (<i>Marque "sí" aun si sus palabras sean difíciles de entender.</i>)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
5. Sin enseñarle primero, ¿puede <i>señalar con el dedo</i> el dibujo correcto cuando Ud. le dice, "Enséñame dónde está el gatito", o le pregunta, "¿Dónde está el perro?" (<i>Solamente tiene que identificar un dibujo correctamente.</i>)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
6. ¿Puede decir dos o tres palabras juntas que representen ideas diferentes, como: "Veo perro", "Mamá llega casa", o "¿Se fue gatito"? (<i>No cuente las combinaciones de palabras que expresen una sola idea como "se acabó", "está bien", y "¿qué es?"</i>) Escriba un ejemplo de una combinación de palabras que dice su niño:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

TOTAL EN COMUNICACION _____

MOTORA GRUESA

- | | SI | A VECES | TODAVIA NO | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----|
| 1. ¿Puede su niña agacharse para recoger un objeto del suelo y volver a ponerse de pie sin apoyo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
| 2. ¿Camina su niño por la casa en lugar de gatear? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
| 3. ¿Camina bien su niña, sin caerse a menudo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
| 4. ¿Se sube a algún objeto como una silla para alcanzar algo que quiere (por ejemplo, para agarrar un juguete que está arriba del mostrador de la cocina o para "ayudarlo" en la cocina)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
| 5. ¿Su niño puede bajar las escaleras si usted lo lleva de la mano? Puede agarrarse de la pared o de la barandilla también. (Ud. puede hacer esta observación en la tienda, en el parque, o en casa.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
| 6. Al enseñarle cómo se da una patada a un balón, ¿intenta su niño dar la patada moviendo la pierna hacia adelante o caminando hasta tocar el balón? (Si ya sabe dar una patada al balón, marque "sí" en esta pregunta.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |



TOTAL EN MOTORA GRUESA ___

MOTORA FINA

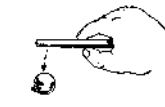
- | | SI | A VECES | TODAVIA NO | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----|
| 1. ¿Puede lanzar su niño una pelota pequeña, moviendo el brazo hacia adelante por encima del hombro? (Si simplemente la deja caer, marque "todavía no" en esta pregunta.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
| 2. ¿Coloca su niña un cubito o un juguete pequeño encima de otro? (También puede usar carretes de hilo de coser, cajitas, o juguetes que midan aproximadamente una pulgada, o 3 centímetros.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
| 3. Cuando intenta dibujar, ¿marca su niño la hoja de papel con la punta de la crayola (o del lápiz o de la pluma)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
| 4. ¿Puede su niña poner tres cubitos o juguetes uno sobre otro sin ayuda? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
| 5. ¿Sabe darle la vuelta a las hojas de un libro sin ayuda? (Tal vez pase más de una hoja a la vez.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
| 6. Normalmente, ¿puede su niño meterse la cuchara en la boca sin que se le caiga la comida? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |



TOTAL EN MOTORA FINA ___

RESOLUCION DE PROBLEMAS

	SI	A VECES	TODAVIA NO	_____
1. ¿Mete varios juguetes pequeños, uno tras otro, dentro de un recipiente como una caja o un tazón? <i>(Puede enseñarle cómo se hace.)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
2. Después de enseñarle a su niña cómo se hace, ¿usa una cuchara, un palo, u otro implemento similar para intentar agarrar un juguete pequeño que esté ligeramente fuera de su alcance?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
3. Después de dejar caer una migaja o un Cheerio (cereal de desayuno) en una pequeña botella transparente, ¿pone la botella al revés para sacarlo? <i>(Puede enseñarle cómo hacerlo.) (Puede usar una botella de refresco o un biberón.)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
4. Sin enseñarle cómo hacerlo, ¿traza su niña garabatos o rayas cuando Ud. le da una crayola (o un lápiz o una pluma)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
5. Después de observarlo a Ud. dibujar una línea de arriba a abajo usando una crayola (o pluma o lápiz), ¿su niño intenta dibujar una línea recta en cualquier dirección en la hoja de papel? <i>(Marque "todavía no" si su niño hace rayas o garabatos de un lado para otro.)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
6. Después de dejar caer una migaja o un Cheerio (cereal de desayuno) en una pequeña botella transparente, ¿pone la botella al revés para sacarlo? <i>(No le muestre cómo hacerlo.)*</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____*
TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS				_____



*Si marcó "sí" o "a veces" en la pregunta 6, marque "sí" en la pregunta 3.

SOCIO-INDIVIDUAL

	SI	A VECES	TODAVIA NO	_____
1. Al mirarse en el espejo, ¿su niña se ofrece un juguete a sí misma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
2. ¿Juega su niño con una muñeca o con un muñeco de peluche, abrazándolo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
3. ¿Intenta conseguir su atención o intenta enseñarle algo tirándole de la mano o de la ropa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
4. ¿Viene a pedirle ayuda su niña, como cuando necesita que alguien le dé cuerda a un juguete o que quite la tapa de un frasco?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
5. ¿Sabe su niño beber de un vaso y bajarlo nuevamente sin que se le caiga mucho del contenido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
6. ¿Lo/la imita a Ud. su niña, haciendo las mismas actividades que Ud. hace, por ejemplo limpiar algo que se le ha caído, pasar la aspiradora, afeitarse, o peinarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
TOTAL EN SOCIO-INDIVIDUAL				_____

OBSERVACIONES GENERALES

Los padres y proveedores pueden utilizar el espacio después de cada pregunta para hacer comentarios adicionales.

1. ¿Cree Ud. que su niño/a oye bien? Si contesta "no", explique: SI NO

2. ¿Cree Ud. que su niño/a habla igual que los otros niños de su edad? Si contesta "no", explique: SI NO

3. ¿Puede Ud. entender casi todo lo que dice su niño/a? Si contesta "no", explique: SI NO

4. ¿Cree Ud. que su niño/a camina, corre, y trepa igual que los otros niños de su edad? Si contesta "no", explique: SI NO

5. ¿Tiene algún familiar con historia de sordera o cualquier otro impedimento auditivo? Si contesta "sí", explique: SI NO

OBSERVACIONES GENERALES (continuación)

6. ¿Tiene Ud. alguna preocupación sobre la visión de su niño/a? Si contesta "sí", explique:

 SÍ NO

7. ¿Ha tenido su niño/a algún problema de salud en los últimos meses? Si contesta "sí", explique:

 SÍ NO

8. ¿Tiene alguna preocupación sobre el comportamiento de su niño/a? Si contesta "sí", explique:

 SÍ NO

9. ¿Le preocupa algún aspecto del desarrollo de su niño/a? Si contesta "sí", explique:

 SÍ NO