



Ages & Stages Questionnaires®

12 meses 0 días a 22 meses 30 días

Cuestionario de 22 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:

D	D	M	M	A	A	A	A		

Información del niño/a

Nombre del niño/a:

Inicial de su segundo nombre:

Apellido(s) del niño/a:

Fecha de nacimiento del niño/a:

D	D	M	M	A	A	A	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:

INFORMACION DEL PROGRAMA

de identificación del niño/a:

Edad al realizar la evaluación ASQ, en meses y días:

M	M	D	D

de identificación del programa:

Si es niño/a prematuro/a, edad ajustada, en meses y días:

M	M	D	D

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:

Four horizontal lines for taking notes.

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

Table with 6 rows of questions and 4 columns of response options: SI, A VECES, TODAVIA NO, and a blank line for marking.

A large rounded rectangular box for additional notes or comments.

TOTAL EN COMUNICACION

MOTORA GRUESA

1. 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.)



SI	A VECES	TODAVIA NO	_____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

2. ¿Su niña corre bien y sabe detenerse sin chocar con las cosas o caerse?



<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-------

3. ¿Su niña puede bajar las escaleras si usted la 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"/>	_____
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-------

4. ¿Su niño sube o baja al menos dos escalones sin ayuda? Puede agarrarse de la pared o de la barandilla.



<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-------

5. ¿Puede saltar su niño, levantando ambos pies del suelo a la vez?



<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-------

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



<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____*
-----------------------	-----------------------	-----------------------	--------

TOTAL EN MOTORA GRUESA _____

*Si marcó "sí" o "a veces" en la pregunta 6, marque "sí" en la pregunta 1.

MOTORA FINA

1. 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"/>	_____
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-------

2. ¿Puede su niña poner seis cubitos o juguetes pequeños uno sobre otro sin ayuda? (También puede usar carretes de hilo, cajitas, o juguetes que midan aproximadamente 1 pulgada, o 3 centímetros.)

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-------

MOTORA FINA

(continuación)

- 3. ¿Rota (gira) la mano su niño al intentar abrir una puerta, darle cuerda a un juguete, jugar con un trompo, o poner y quitar una tapa de un frasco?
- 4. ¿Sabe darle la vuelta a las hojas de un libro sin ayuda? *(Tal vez pase más de una hoja a la vez.)*
- 5. ¿Su niña prende y apaga interruptores (como el de la luz)?
- 6. ¿Sabe meter un cordón (o agujeta) por el agujero de objetos pequeños como cuentas de madera, sopa de macarrones o de rueditas, o por los agujeros de los zapatos?



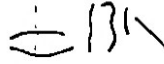
SI	A VECES	TODAVIA NO	_____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
TOTAL EN MOTORA FINA			_____

RESOLUCION DE PROBLEMAS

- 1. Sin enseñarle cómo hacerlo, ¿traza su niño garabatos o rayas cuando Ud. le da una crayola (o un lápiz o una pluma)?
- 2. Mientras su niña lo/la observa, ponga cuatro objetos, como unos cubos o unos carritos, en línea recta. ¿Lo/la intenta imitar poniendo al menos dos objetos en línea recta? *(También puede usar carretes de hilo, unas cajitas, u otros juguetes.)*
- 3. ¿Su niño juega con objetos imaginándose que son otras cosas? Por ejemplo, ¿se pone un vaso junto a la oreja jugando como si fuera un teléfono? ¿Se pone una caja en la cabeza como si fuera un gorro? ¿Usa un cubito u otro juguete pequeño para revolver la comida?
- 4. Después de observarlo/la 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? *(Marque "todavía no" si su niño hace rayas o garabatos de un lado para otro.)*
- 5. Después de dejar caer una migaja o un Cheerio (cereal de desayuno) en una pequeña botella transparente, ¿pone la botella al revés para sacarlo? *(No le muestre cómo hacerlo.) (Puede usar una botella de refresco o un biberón.)*
- 6. Si Ud. le da una botella, una cuchara, o un lápiz al revés, ¿intenta su niña darle la vuelta para usarlo correctamente?



Marque "si"



Marque "todavía no"



SI	A VECES	TODAVIA NO	_____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS			_____

SOCIO-INDIVIDUAL

- 1. ¿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?

SI	A VECES	TODAVIA NO	_____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

SOCIO-INDIVIDUAL *(continuación)*

	SI	A VECES	TODAVIA NO	—
2. Si Ud. hace algunos de los siguientes gestos, ¿su niño intenta imitar al menos uno de ellos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
<input type="radio"/> a. Abrir y cerrar la boca. <input type="radio"/> c. Jalarse la oreja.				
<input type="radio"/> b. Abrir y cerrar los ojos. <input type="radio"/> d. Tocarse la mejilla.				
3. ¿Come con un tenedor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
4. ¿Sabe su niña beber de un vaso y bajarlo nuevamente sin que se le caiga mucho del contenido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
5. Al jugar con un animalito de peluche o con una muñeca, ¿lo mece, le da de comer, le cambia los pañales, lo acuesta, etc.?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
6. ¿Su niño empuja un carrito con ruedas, un cochecito de bebé, u otro juguete con ruedas, evitando chocar con las cosas y saliéndose en reversa de un rincón si no puede girar?	<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

OBSERVACIONES GENERALES (continuación)

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

6. ¿Tiene Ud. alguna preocupación sobre la visión de su niño/a? Si contesta "sí",
explique: SI NO

7. ¿Ha tenido su niño/a algún problema de salud en los últimos meses? Si contesta
"sí", explique: SI NO

8. ¿Tiene alguna preocupación sobre el comportamiento de su niño/a? Si contesta
"sí", explique: SI NO

9. ¿Le preocupa algún aspecto del desarrollo de su niño/a? Si contesta "sí", explique: SI NO



ASQ-3: Compilación de datos 22 meses

21 meses 0 días a
22 meses 30 días

Nombre del niño/a: _____ Fecha de hoy: _____

de identificación del niño/a: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del programa/proveedor: _____ Para niños prematuros, ¿seleccionó el cuestionario apropiado tomando en cuenta la edad ajustada del niño/a? Sí No

1. CALIFIQUE EL CUESTIONARIO Y PASE EL PUNTAJE TOTAL DE CADA SECCION AL GRAFICO DE ABAJO: Véase ASQ-3 User's Guide para obtener más detalles, incluyendo la manera de ajustar el puntaje si faltan respuestas a algunas preguntas. Califique cada pregunta (SI = 10, A VECES = 5, TODAVIA NO = 0). Sume los puntos de cada pregunta, anotando el puntaje total en la línea provista al final de cada sección del cuestionario. En el gráfico de abajo, anote el puntaje total de cada sección, y rellene el círculo correspondiente.

Área	Límite	Puntaje Total	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
Comunicación	13.04		●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Motora gruesa	27.75		●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○
Motora fina	29.61		●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○
Resolución de problemas	29.30		●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○
Socio-individual	30.07		●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○

2. TRANSFERA LAS RESPUESTAS DE LA SECCION TITULADA "OBSERVACIONES GENERALES": Las respuestas escritas en negrita o con mayúsculas requerirán un seguimiento. Véase el capítulo 6 del ASQ-3 User's Guide para obtener información sobre las pautas a seguir.

- | | | | | | |
|---|----|----|--|----|----|
| 1. ¿Oye bien?
Comentarios: | Sí | NO | 6. ¿Preocupaciones sobre la vista?
Comentarios: | SI | No |
| 2. ¿Habla como otros niños de su edad?
Comentarios: | Sí | NO | 7. ¿Hay problemas de salud recientes?
Comentarios: | SI | No |
| 3. ¿Ud. entiende lo que dice su niño/a?
Comentarios: | Sí | NO | 8. ¿Preocupaciones sobre comportamiento?
Comentarios: | SI | No |
| 4. ¿Camina, corre, y trepa como otros niños?
Comentarios: | Sí | NO | 9. ¿Otras preocupaciones?
Comentarios: | SI | No |
| 5. Historial: ¿Hay problemas auditivos en la familia?
Comentarios: | SI | No | | | |

3. INTERPRETACION DEL PUNTAJE Y RECOMENDACIONES PARA EL SEGUIMIENTO DEL ASQ: Para determinar el nivel de seguimiento apropiado, hay que tomar en cuenta el Puntaje total de cada sección, las respuestas de la sección titulada "Observaciones generales", y también factores adicionales, tales como considerar si el niño/a tiene oportunidades para practicar las habilidades.

Si el Puntaje total está dentro del área , el puntaje del niño/a está por encima de las expectativas, y el desarrollo del niño/a parece estar bien hasta ahora.

Si el Puntaje total está dentro del área , el puntaje está apenas por encima de las expectativas. Proporcione actividades adicionales para ayudarle al niño/a y vigile su progreso.

Si el Puntaje total está dentro del área , el puntaje está debajo de las expectativas. Quizás se requiera una evaluación adicional más a fondo.

4. SEGUIMIENTO DEL ASQ: Marque todos los que apliquen.

- _____ Dar actividades adicionales y reevaluar en _____ meses.
- _____ Compartir los resultados con su médico familiar (primary health care provider).
- _____ Referirlo/la para una evaluación auditiva, visual, o de comportamiento. (Marque con un círculo todos los que apliquen.)
- _____ Referirlo/la a un médico familiar u otra agencia comunitaria (favor de escribir la razón): _____
- _____ Referirlo/la a un programa de intervención temprana/educación especial para niños preescolares para hacer una evaluación adicional.
- _____ No tomar medidas adicionales en este momento.
- _____ Medida adicional (favor de escribirla): _____

5. OPCIONAL: Anote las respuestas específicas (S = SI, V = A VECES, N = TODAVIA NO, R = falta esta respuesta).

	1	2	3	4	5	6
Comunicación						
Motora gruesa						
Motora fina						
Resolución de problemas						
Socio-individual						