



# Ages & Stages Questionnaires®

11 meses 0 días a 12 meses 30 días

## Cuestionario de 12 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 bebé

Nombre del bebé: \_\_\_\_\_ Inicial de su segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido(s) del bebé: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del bebé: \_\_\_\_\_ Para bebés prematuros, si el parto ocurrió 3 semanas o más antes de la fecha proyectada, # de semanas que se adelantó: \_\_\_\_\_ Sexo del bebé:  Masculino  Femenino

### Información de la persona que está llenando este cuestionario

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial de su segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido(s): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Parentesco con el bebé:  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 bebé: \_\_\_\_\_ Edad al realizar la evaluación ASQ, en meses y días: \_\_\_\_\_

# de identificación del programa: \_\_\_\_\_ Si es bebé prematuro/a, edad ajustada, en meses y días: \_\_\_\_\_

Nombre del programa: \_\_\_\_\_



# Cuestionario de 12 meses

11 meses 0 días a  
12 meses 30 días

En las siguientes páginas Ud. encontrará una serie de preguntas sobre diferentes actividades que generalmente hacen los bebés. Puede ser que su bebé 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 bebé hace la actividad regularmente, a veces, o todavía no.

## Puntos que hay que recordar:

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

## Notas:

---



---



---



---



---

## COMUNICACION

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. ¿Puede hacer dos sonidos similares como "ba-ba", "da-da", o "ga-ga"? (No es necesario que los sonidos tengan significado.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
2. Cuando Ud. se lo pide, ¿puede su bebé jugar a algún juego infantil sin que Ud. se lo demuestre primero (por ejemplo, decir adiós, esconderse tapándose los ojos, aplaudir, o indicar que tan grande es algo)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
3. ¿Sigue su bebé instrucciones sencillas, como por ejemplo, "ven acá", "dámelo", o devuélvelo" sin que Ud. le haga gestos para que entienda lo que le está pidiendo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
4. ¿Dice su bebé tres palabras como "mamá", "dada", y "baba"? (Una "palabra" se define como un sonido o un grupo de sonidos que siempre repite su bebé al referirse a alguien o a alguna cosa concreta.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
5. Al preguntarle, ¿dónde está la pelota (el gorro, el zapato, etc.)?, ¿su bebé mira el objeto? (Asegúrese de que el objeto esté presente. Marque "sí" en esta pregunta si reconoce por lo menos un objeto.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
6. Cuando su bebé quiere algo, ¿lo señala con el dedo para comunicárselo a Ud.?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—



TOTAL EN COMUNICACION —

## MOTORA GRUESA





	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. Al estar agarrado a un mueble, ¿puede su bebé agacharse para recoger un juguete del suelo y después volver a ponerse de pie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
2. Al estar agarrada a un mueble, ¿puede su bebé agacharse, manteniendo el control (sin caerse al suelo)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—



**MOTORA GRUESA** *(continuación)*

- |   | SI  | A VECES               | TODAVIA NO            |   |
|---|---|-----------------------|-----------------------|---|
| 3. ¿Camina por la casa su bebé, agarrándose a los muebles con una sola mano?  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 4. Si Ud. le agarra ambas manos para ayudarle a mantener el equilibrio, ¿su bebé da unos pasitos hacia adelante sin tropezar o caerse? <i>(Si su bebé ya puede caminar solo, marque "sí" en esta pregunta.)</i> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
|   |  |                       |                       |   |
| 5. Cuando Ud. le toma una mano para que no se caiga, ¿puede su bebé dar unos pasitos hacia adelante? <i>(Si su bebé ya camina sola, marque "sí" en esta pregunta.)</i>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
|   |  |                       |                       |   |
| 6. ¿Su bebé puede ponerse de pie y dar algunos pasitos hacia adelante sin ninguna ayuda o soporte?  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |

TOTAL EN MOTORA GRUESA —**MOTORA FINA**

- |  | SI  | A VECES               | TODAVIA NO            |    |
|--|---|-----------------------|-----------------------|----|
| 1. Después de intentarlo una o dos veces, ¿puede agarrar su bebé un segmento de cuerda con los dedos índice y pulgar? <i>(La cuerda puede estar atada a un juguete.)</i>             | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | —  |
|  |  |                       |                       |    |
| 2. ¿Puede agarrar una migaja de pan o un Cheerio (cereal de desayuno) con las yemas de los dedos (índice y pulgar)? Puede apoyar el brazo o la mano en la mesa mientras que lo hace. | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | —  |
|  |  |                       |                       |    |
| 3. ¿Puede poner un juguete pequeño en la mesa (en el sofá o en el suelo), sin dejarlo caer, y después levantar la mano de encima del juguete?  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | —  |
| 4. Sin apoyar la mano o el brazo en la mesa, ¿puede agarrar una migaja de pan o un Cheerio (cereal de desayuno) con las yemas de los dedos (índice y pulgar)?*                       | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | —* |
|  |  |                       |                       |    |
| 5. ¿Puede lanzar su bebé una pelota pequeña, moviendo el brazo hacia adelante por encima del hombro? <i>(Si simplemente la deja caer, marque "todavía no" en esta pregunta.)</i>     | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | —  |
|  |  |                       |                       |    |

**MOTORA FINA** *(continuación)*

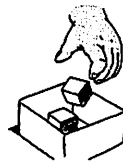
- |   | SI                    | A VECES               | TODAVIA NO            |   |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| 6. ¿Su bebé le ayuda a Ud. a darle la vuelta a las hojas de un libro?<br>(Ud. puede darle la página para que ella la agarre.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |

TOTAL EN MOTORA FINA —

*\*Si marcó "sí" o "a veces" en la pregunta 4, marque "sí" en la pregunta 2.*

**RESOLUCION DE PROBLEMAS**

- |  | SI                    | A VECES               | TODAVIA NO            |    |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----|
| 1. Al tener un juguete pequeño en cada mano, ¿su bebé intenta golpearlos uno con otro (como cuando se aplaude)?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | —  |
| 2. ¿Su bebé agarra o usa el dedo índice para tocar un Cheerio (cereal de desayuno) o una migaja de pan que está dentro de una botella transparente (por ejemplo una botella de refresco o un biberón)?                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | —  |
| 3. Después de verle a Ud. esconder un juguete pequeño debajo de una hoja de papel o de un trozo de tela, ¿puede su bebé encontrarlo?<br>(Asegúrese de que el juguete esté completamente escondido.)                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | —  |
| 4. Si Ud. pone un juguete en un tazón o en una caja, ¿su bebé lo/la imita queriendo meter un juguete también, aunque pueda ser que no lo suelte? (Si ya suelta el juguete en el tazón o en la caja, marque "sí" en esta pregunta.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | —  |
| 5. ¿Su bebé pone dos juguetes, uno tras otro, en un recipiente como una caja o un tazón grande? (Puede enseñarle cómo se hace.)*   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | —* |
| 6. Si Ud. traza rayones o garabatos en un papel con una crayola (o con un lápiz o una pluma), ¿hace su bebé lo mismo, imitándole a Ud.? (Si ya sabe trazar solo, marque "sí" en esta pregunta.)                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | —  |



TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS —

*\*Si marcó "sí" o "a veces" en la pregunta 5, marque "sí" en la pregunta 4.*

**SOCIO-INDIVIDUAL**

- |   | SI                    | A VECES               | TODAVIA NO            |   |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| 1. Al extenderle la mano y pedirle su juguete, ¿su bebé se lo ofrece aunque no lo suelte? (Si ya suelta el juguete para dárselo, marque "sí" en esta pregunta.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 2. Cuando Ud. viste a su bebé, ¿puede él meter el brazo por la manga de la camisa una vez que Ud. le haya metido la mano en la bocamanga?                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 3. Cuando Ud. le extiende la mano para pedirle un juguete, ¿su bebé lo suelta para que Ud. lo tome?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 4. Al vestir a su bebé, ¿levanta ella el pie cuando Ud. le va a poner el zapato, el calcetín, o el pantalón?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |

**SOCIO-INDIVIDUAL** *(continuación)*

- |  | SI                    | A VECES               | TODAVIA NO            | — |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| 5. Al jugar a la pelota con su bebé, ¿su bebé la tira o la hace rodar para que Ud. se la devuelva? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 6. ¿Juega su bebé con una muñeca o con un muñeco de peluche, abrazándolo?                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |

TOTAL EN SOCIO-INDIVIDUAL —

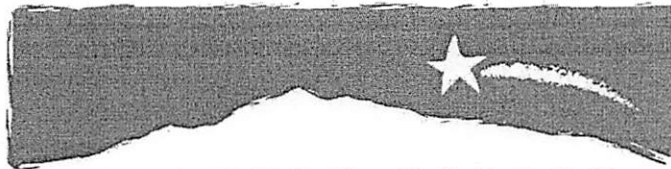
**OBSERVACIONES GENERALES***Los padres y proveedores pueden utilizar el espacio después de cada pregunta para hacer comentarios adicionales.*

1. ¿Usa su bebé ambas manos y ambas piernas igualmente bien? Si contesta "no", explique:  SI  NO

2. ¿Experimenta su bebé con sonidos, o parece formar nuevas palabras? Si contesta "no", explique:  SI  NO

3. Cuando está de pie, ¿pone su bebé los pies completamente planos sobre el suelo la mayoría de las veces? Si contesta "no", explique:  SI  NO

4. ¿Le preocupa que su bebé sea muy callado/a o que no haga sonidos como otros bebés? Si contesta "sí", explique:  SI  NO



S O U T H E R N O R E G O N  
P E D I A T R I C S

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Evaluación - 12 meses de edad

	Si	No	Inseguro
1. ¿Tiene preocupaciones acerca de cómo oye su hijo/a?			
2. ¿Tiene preocupaciones acerca de cómo habla su hijo/a?			
3. ¿Tiene preocupaciones acerca de cómo ve su hijo/a?			
4. ¿Sostiene su hijo/a objetos cerca al intentar de enfocar?			
5. ¿Los ojos de su hijo/a parecen inusuales o parecen cruzar, derivar, o ser perezosos?			
6. ¿Los párpados de su hijo/a se medió-bajan o tiene un párpado que tiende a cerrar?			
7. ¿Alguna vez se han herido los ojos de su hijo/a?			
8. ¿Tiene su hijo/a un hermano/a o compañero de juegos que tiene o ha tenido envenenamiento de plomo?			
9. ¿Vive su hijo/a en una casa o visitan regularmente una casa o una guardería construido antes de 1978 que está siendo o ha estado recientemente (en los últimos 6 meses) reformada o remodelada?			
10. ¿Vive su hijo/a en una casa o visitan regularmente una casa o una guardería construido antes de 1950?			
11. ¿Nació su hijo/a en un país de alto riesgo para la tuberculosis (países distintos de los Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda o Europa Occidental)?			
12. ¿Ha viajado su hijo/a durante más de 1 semana a un país de alto riesgo para la tuberculosis (o tenido contacto con residentes de esas poblaciones)?			
13. ¿Hay algún miembro de la familia o de contacto que ha tenido tuberculosis o una prueba de la tuberculina positiva?			
14. ¿Esta su hijo/a infectado con el VIH?			
15. ¿Esta su hijo/a alguna vez cerca del humo del tabaco?			
16. ¿Tiene la preocupación de que su hijo/a NO come suficiente alimentos ricos en hierro como la carne, huevos, cereales fortificados con hierro, o frijoles?			
17. ¿Siente que tiene dificultades para proporcionar alimentos suficientes para alimentar a su familia?			

<b>Evaluación de Salud Oral:</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Inseguro</b>
1. ¿Contiene fluoruro la fuente de agua primaria de su hijo/a? (Ninguna de las ciudades en el Sur de Oregón añaden fluoruro al agua de la ciudad, a diferencia del resto del país.)			
2. ¿Ha tenido usted o el cuidador principal caries activa en los últimos 12 meses?			
3. ¿Usa su hijo/a continuamente un biberón/tacita con otro líquido que no sea agua?			
4. ¿Toma su hijo/a jugos, refrescos, bebidas deportivas o alimentos azucarados más de una vez a la semana?			
5. ¿Tiene su hijo/a un dentista?			
6. ¿Recibe su hijo/a suplementos de fluoruro como gotas?			

=====

7. ¿Tiene usted o el cuidador principal un dentista?			
8. ¿Le cepilla los dientes a su hijo/a dos veces al día?			