



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 señala con el dedo 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? (Puede preguntarle, "¿Dónde está la pelota?", o decirle "Tráeme tu abrigo", o "Busca tu cobija".)	<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? (Marque "sí" aun si sus palabras sean difíciles de entender.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
5. Sin enseñarle primero, ¿puede señalar con el dedo el dibujo correcto cuando Ud. le dice, "Enséñame dónde está el gatito", o le pregunta, "¿Dónde está el perro?" (Solamente tiene que identificar un dibujo correctamente.)	<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"? (No cuente las combinaciones de palabras que expresen una sola idea como "se acabó", "está bien", y "¿qué es?") 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


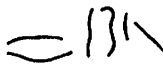

- | | SI | A VECES | TODAVIA NO | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| 1. ¿Puede su niña agacharse para recoger un objeto del suelo y volver a ponerse de pie sin apoyo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 2. ¿Camina 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"/>	—
				<p>Marque "sí" </p> <p>Marque "todavía no" </p>
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 —

M-CHAT-R

Autism Screening

Por favor conteste las siguientes preguntas teniendo en cuenta el comportamiento que su hijo/a presenta usualmente. Si ha notado cierto comportamiento algunas veces, pero no es algo que hace usualmente, por favor conteste no. Conteste cada una de las preguntas, marcando con un círculo, la palabra sí o no como respuesta. Muchas gracias.

- | | | |
|---|----|----|
| 1. ¿Si usted señala un objeto del otro lado del cuarto, su hijo/a lo mira?
(POR EJEMPLO ¿Si usted señala un juguete o un animal, su hijo/a mira al juguete o al animal?) | Sí | No |
| 2. ¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo/a es sordo/a? | Sí | No |
| 3. ¿Su hijo/a juega juegos de fantasía o imaginación?
(POR EJEMPLO finge beber de una Sí No taza vacía, finge hablar por teléfono o finge darle de comer a una muñeca o un peluche) | | |
| 4. ¿A su hijo/a le gusta treparse a las cosas?
(POR EJEMPLO muebles, escaleras o juegos infantiles) | Sí | No |
| 5. ¿Su hijo/a hace movimientos inusuales con los dedos cerca de sus ojos?
(POR EJEMPLO ¿Mueve sus dedos cerca de sus ojos de manera inusual?) | Sí | No |
| 6. ¿Su hijo/a apunta o señala con un dedo cuando quiere pedir algo o pedir ayuda?
(POR EJEMPLO señala un juguete o algo para comer que está fuera de su alcance) | Sí | No |
| 7. ¿Su hijo/a apunta o señala con un dedo cuando quiere mostrarle algo interesante?
(POR EJEMPLO señala un avión en el cielo o un camión grande en el camino) | Sí | No |
| 8. ¿Su hijo/a muestra interés en otros niños?
(POR EJEMPLO ¿mira con atención a otros niños, les sonrío o se les acerca?) | Sí | No |
| 9. ¿Su hijo/a le muestra cosas acercándoselas a usted o levantándolas para que usted las vea, no para pedir ayuda sino para compartirlas con usted?
(POR EJEMPLO le muestra una flor, un peluche o un camión/carro de juguete) | Sí | No |
| 10. ¿Su hijo/a responde cuando usted le llama por su nombre?
(POR EJEMPLO ¿Cuando usted lo llama por su nombre: lo mira a usted, habla, balbucea, o deja de hacer lo que estaba haciendo?) | Sí | No |
| 11. ¿Cuándo usted le sonrío a su hijo/a, él o ella le devuelve la sonrisa? | Sí | No |
| 12. ¿ A su hijo/a le molestan los ruidos cotidianos?
(POR EJEMPLO ¿Llora o grita cuando escucha la aspiradora o música muy fuerte?) | Sí | No |
| 13. ¿Su hijo/a camina? | Sí | No |
| 14. ¿Su hijo/a le mira a los ojos cuando usted le habla, juega con él/ella o lo/la viste? | Sí | No |
| 15. ¿Su hijo/a trata de imitar sus movimientos? (POR EJEMPLO decir adiós con la mano, aplaudir o algún ruido chistoso que usted haga) | Sí | No |
| 16. ¿Si usted se voltea a ver algo, su hijo/a trata de ver que es lo que usted está mirando? | Sí | No |
| 17. ¿Su hijo/a trata que usted lo mire? (POR EJEMPLO ¿Busca que usted lo/la halague, o dice “mirame”?) | Sí | No |
| 18. ¿Su hijo/a le entiende cuando usted le dice que haga algo?
(POR EJEMPLO ¿Su hijo/a entiende “pon el libro en la silla” o “tráeme la cobija” sin que usted haga señas?) | Sí | No |
| 19. ¿Si algo nuevo ocurre, su hijo/a lo mira a la cara para ver cómo se siente usted al respecto?
(POR EJEMPLO ¿Si oye un ruido extraño o ve un juguete nuevo, se voltearía a ver su cara?) | Sí | No |
| 20. ¿ A su hijo/a le gustan las actividades con movimiento?
(POR EJEMPLO Le gusta que lo mezan/columpien, o que lo haga saltar en sus rodillas) | Sí | No |

© 2009 Diana Robins, Deborah Fein, & Marianne Barton