



Ages & Stages Questionnaires®

19 meses 0 días a 20 meses 30 días

Cuestionario de 20 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:

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:

de identificación del programa:

Nombre del programa:

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

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

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. ¿Llora 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"/>	_____
2. ¿Dice su niño ocho o más palabras además de "mamá" y "papá"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
3. Sin enseñarle primero, ¿puede señalar con el dedo el dibujo correcto cuando Ud. le dice, "Enseñame 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"/>	_____
4. Si Ud. señala un dibujo de una pelota (gatito, vaso, gorro, etc.) y le pregunta a su niña "¿qué es?", ¿puede identificar y nombrar al menos un dibujo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
5. Sin darle pistas señalándole o usando gestos, ¿puede su niño seguir al menos tres de las siguientes instrucciones?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
<input type="radio"/> a. "Pon el juguete en la mesa". <input type="radio"/> d. "Busca tu abrigo".				
<input type="radio"/> b. "Cierra la puerta". <input type="radio"/> e. "Dame la mano".				
<input type="radio"/> c. "Tráeme una toalla". <input type="radio"/> f. "Agarra tu libro".				
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. ¿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 "ayudarle" en la cocina)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
2. ¿Camina bien su niña, sin caerse a menudo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
3. ¿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"/>	___
4. 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"/>	___
				
5. ¿Su niña corre bien y sabe detenerse sin chocar con las cosas o caerse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
				
6. ¿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"/>	___
				
				TOTAL EN MOTORA GRUESA ___

MOTORA FINA

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. 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"/>	___
				
2. ¿Puede su niña poner tres 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"/>	___
3. ¿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"/>	___
4. 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"/>	___
5. ¿Puede su niña poner seis cubitos o juguetes pequeños uno sobre otro sin ayuda?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___

MOTORA FINA (continuación)

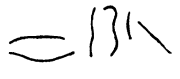
- | | SI | A VECES | TODAVIA NO | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----|
| 6. ¿Rota (gira) la mano su niño al intentar abrir una puerta, darle cuerda a un juguete, jugar con un trompo, o poner y quitar una tapa de un frasco? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |

TOTAL EN MOTORA FINA ___

RESOLUCION DE PROBLEMAS

- | | SI | A VECES | TODAVIA NO | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----|
| 1. 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"/> | ___ |

Marque "sí"



Marque "todavía no"



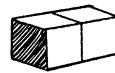
- | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----|
| 2. Después de observarlo a Ud. dibujar una línea de arriba a abajo usando una crayola (o pluma o lápiz), ¿su niño intenta dibujar una línea recta en <i>cualquier dirección</i> en la hoja de papel? (Marque "todavía no" si su niño hace rayas o garabatos de un lado para otro.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----|

- | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----|
| 3. Si Ud. hace algunos de los siguientes gestos, ¿su niña 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. |

- | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----|
| 4. Si Ud. le da una botella, una cuchara, o un lápiz al revés, ¿intenta darle la vuelta para usarlo correctamente? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----|

- | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----|
| 5. 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 <i>dos</i> objetos en línea recta? (También puede usar carretes de hilo, unas cajitas, u otros juguetes.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----|



- | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----|
| 6. Si quiere algo que no alcanza, ¿busca su niño una silla o una caja para subirse encima y alcanzarlo (por ejemplo, para agarrar un juguete que está en el mostrador de la cocina o para "ayudarlo" en la cocina)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----|

TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS ___

SOCIO-INDIVIDUAL

- | | SI | A VECES | TODAVIA NO | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----|
| 1. ¿Come con cuchara su niña sin la ayuda de Ud., aunque se le caiga algo de comida? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
| 2. ¿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"/> | ___ |
| 3. ¿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"/> | ___ |
| 4. ¿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"/> | ___ |

SOCIO-INDIVIDUAL *(continuación)*

	SI	A VECES	TODAVIA NO	_____
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. ¿Come con un tenedor?	<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

OBSERVACIONES GENERALES (continuación)

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 20 meses

19 meses 0 días a
20 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 Sí No
 cuestionario apropiado tomando en
 cuenta la edad ajustada del niño/a?

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). Sumo 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	20.50		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○
Motora gruesa	39.89		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○
Motora fina	36.05		●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○
Resolución de problemas	28.84		●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○
Socio-individual	33.36		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○

2. TRANSFERIA 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						