



Ages & Stages Questionnaires®

15 meses 0 días a 16 meses 30 días

Cuestionario de 16 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: 20/9/2008



Información del niño/a:

Nombre del niño/a: Annie Inicial de su segundo nombre: M. Apellido(s) del niño/a: Moreno

Fecha de nacimiento del niño/a: 5/5/2007 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: Jennifer Inicial de su segundo nombre: M. Apellido(s): Moreno

Dirección: 33 Main street 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: Jonestown Estado/Provincia: IN Código postal: 61924

País: USA # de teléfono de casa: 219-888-0021 Otro # de teléfono: 219-912-2100

Su dirección electrónica: jennifer_moreno@email.com

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

Información del programa

de identificación del niño/a: 36759111023412358 Edad al realizar la evaluación ASQ, en meses y días: 16 meses, 15 días

de identificación del programa: 622200439183664 Si es niño/a prematuro/a, edad ajustada, en meses y días: _____

Nombre del programa: Jonestown child care center



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. ¿Intenta su niño tocar, agarrar, o señalar con el dedo los dibujos de un libro?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>10</u>
2. ¿Dice su niña cuatro o más palabras además de "mamá" y "papá"?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>10</u>
3. Cuando su niño quiere algo, ¿lo señala con el dedo para comunicárselo a Ud.?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>10</u>
4. 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 checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>10</u>
5. ¿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 checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>10</u>
6. ¿Dice su niño ocho o más palabras además de "mamá" y "papá"?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>5</u>
TOTAL EN COMUNICACION				<u>55</u>

MOTORA GRUESA

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. ¿Su niña puede ponerse de pie y dar algunos pasitos hacia adelante sin ninguna ayuda o soporte?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>10</u>
2. ¿Su niño se sube a los muebles o a juegos (como grandes bloques) hechos para bebé?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>5</u>
3. ¿Puede su niña agacharse para recoger un objeto del suelo y volver a ponerse de pie sin apoyo?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>10</u>

MOTORA GRUESA (continuación)

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
4. ¿Camina su niño por la casa en lugar de gatear?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>10</u>
5. ¿Camina bien su niña, sin caerse a menudo?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>5</u>
6. ¿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 checked="" type="radio"/>	<u>0</u>
TOTAL EN MOTORA GRUESA				<u>40</u>

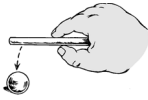
MOTORA FINA

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. ¿Su niña le ayuda a Ud. a darle la vuelta a las hojas de un libro? (Ud. puede darle la página para que ella la agarre.)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>5</u>
2. ¿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 checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>10</u>
3. ¿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 checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>10</u>
4. ¿Puede su niño poner tres cubitos o juguetes uno sobre otro sin ayuda?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>10</u>
5. Cuando intenta dibujar, ¿marca su niña la hoja de papel con la punta de la crayola (o del lápiz o de la pluma)?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>5</u>
6. ¿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 checked="" type="radio"/>	<u>0</u>
TOTAL EN MOTORA FINA				<u>40</u>

**RESOLUCION DE PROBLEMAS**

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. Si Ud. traza rayones o garabatos en un papel con una crayola (o con un lápiz o una pluma), ¿hace su niño lo mismo, imitándole a Ud.? (Si ya sabe trazar solo, marque "sí" en esta pregunta.)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>5</u>
2. ¿Puede su niña meter una migaja o un Cheerio (cereal de desayuno) dentro de una pequeña botella transparente (por ejemplo una botella de refresco o un biberón)?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>5</u>
3. ¿Mete varios juguetes pequeños, uno tras otro, dentro de un recipiente como una caja o un tazón? (Puede enseñarle cómo se hace.)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>10</u>

RESOLUCION DE PROBLEMAS (continuación)

4. Después de enseñarle a su niño 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? 
5. Sin enseñarle cómo hacerlo, ¿traza su niña garabatos o rayas cuando Ud. le da una crayola (o un lápiz o una pluma)?*
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? (Puede enseñarle cómo hacerlo.)

SI	A VECES	TODAVIA NO	
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>10</u>
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>5</u> *
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>10</u>
TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS			<u>45</u>

*Si marcó "sí" en la pregunta 5, marque "sí" en la pregunta 1 también.

SOCIO-INDIVIDUAL

1. ¿Come con cuchara su niño sin la ayuda de Ud., aunque se le caiga algo de comida?
2. Cuando Ud. desviste a su niña, ¿ayuda ella a quitarse la ropa (los calcetines, el gorro, los zapatos, o los guantes)?
3. ¿Juega su niño con una muñeca o con un muñeco de peluche, abrazándolo?
4. Al mirarse en el espejo, ¿su niña se ofrece un juguete a sí misma?
5. ¿Intenta conseguir su atención o intenta enseñarle algo tirándole de la mano o de la ropa?
6. ¿Viene a pedirle ayuda su niño, como cuando necesita que alguien le dé cuerda a un juguete o que quite la tapa de un frasco?

SI	A VECES	TODAVIA NO	
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>10</u>
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>10</u>
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>10</u>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<u>0</u>
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>10</u>
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>10</u>
TOTAL EN SOCIO-INDIVIDUAL			<u>50</u>

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

OBSERVACIONES GENERALES (continuación)

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

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

 SI NO

OBSERVACIONES GENERALES (continuación)

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 16 meses

15 meses 0 días a
16 meses 30 días

Nombre del niño/a: Annie M. Moreno Fecha de hoy: 20/9/2008
 # de identificación del niño/a: 36759111023412358 Fecha de nacimiento: 5/5/2007
 Nombre del programa/proveedor: Jonestown Child Care Center 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	16.81	55	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	●	○
Motora gruesa	37.91	40	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○
Motora fina	31.98	40	●	●	●	●	●	●	●	○	●	○	○	○	○
Resolución de problemas	30.51	45	●	●	●	●	●	●	○	○	○	●	○	○	○
Socio-individual	26.43	50	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	●	○	○

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.

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

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	S	S	S	S	S	V
Motora gruesa	S	V	S	S	V	N
Motora fina	V	S	S	S	V	N
Resolución de problemas	V	V	S	S	V	S
Socio-individual	S	S	S	N	S	S