

Edades y Etapas: Un Cuestionario Completado por los Padres para Evaluar a los Niños*

Segunda Edición

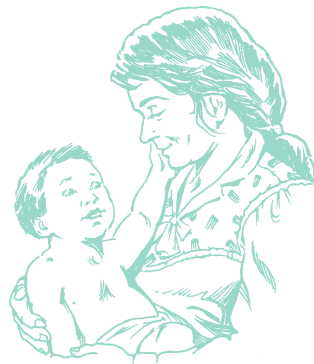
Por Diane Bricker y Jane Squires

con la ayuda de *Linda Mounts, LaWanda Potter, Robert Nickel, Elizabeth Twombly, y Jane Farrell*

Copyright © 1999 por Paul H. Brookes Publishing Co.

◆ **16 Meses** ◆

Cuestionario



Lo que sigue a continuación son unas preguntas sobre diferentes actividades que los bebés hacen. Puede ser que su bebé ya haya realizado algunas y todavía no haya realizado otras. Después de leer cada cosa, marque la respuesta que indique lo que su bebé ha hecho en el pasado o lo que hace ahora.

Cosas Importantes que Recordar:

- Le rogamos que intente cada actividad individualmente con su bebé antes de contestar las preguntas.
- Trate de que al llenar este cuestionario sea un juego que es divertido para usted y su bebé.
- Asegúrese de que su niño/a ha descansado, que ha comido y que viene listo para jugar.
- Por favor devuelva este cuestionario antes del día: _____.
- Si tiene alguna pregunta o preocupación acerca de su bebé o acerca de este cuestionario, por favor llame a: _____.
- Espere recibir otro cuestionario en _____ meses.

*Translated from the English:
*Ages & Stages Questionnaires®: A Parent-Completed,
Child-Monitoring System, Second Edition, Bricker et al.*
© 1999 Paul H. Brookes Publishing Co.



Edades y Etapas: Un Cuestionario Completado por los Padres para Evaluar a los Niños*
Segunda Edición

Por Diane Bricker y Jane Squires

con la ayuda de *Linda Mounts, LaWanda Potter, Robert Nickel, Elizabeth Twombly, y Jane Farrell*

Copyright © 1999 por Paul H. Brookes Publishing Co.

◆ **16 Meses** ◆ **Cuestionario**

Por favor da la siguiente información.

Nombre del bebé: _____

Fecha de nacimiento del bebé: _____

Fecha de nacimiento correctada del niño/a (si su niño/a fue prematuro,
añada el número de semanas de premaduridad a la fecha de nacimiento): _____

Día de hoy: _____

Persona llenando este cuestionario: _____

¿Cuál es su relación al bebé? _____

Su teléfono: _____

Su dirección (para correspondencia): _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Haga una lista de cualquiera otra persona que le asista en el llenar de este cuestionario: _____

Programa de administración/proveedor: _____

*Translated from the English:
*Ages & Stages Questionnaires®: A Parent-Completed,
Child-Monitoring System, Second Edition*, Bricker et al.
© 1999 Paul H. Brookes Publishing Co.



A esta edad, muchos niño/as no cooperan cuando se los pide a hacer cosas. Puede darse el caso de que Ud. tenga que intentar las actividades más de una vez con su niño/a. Si es posible, vuelva a intentar las actividades cuando su niño/a coopere mejor. Si su niño/a puede hacer la actividad, pero se niega hacerla, responda afirmativamente a la pregunta.

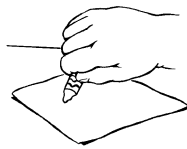
	SÍ	A VECES	TODAVÍA NO	
COMUNICACIÓN <i>Intente hacer cada actividad con su niño/a.</i>				
1. Intenta tocar, agarrar, o señalar con el dedo los dibujos de un libro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
2. ¿Sabe decir al menos cuatro "palabras" además de "mamá" o "papá"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
3. Cuando quiere algo, ¿se lo deja saber señalándolo con el dedo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
4. Cuando Ud. le pide, ¿va a buscar a otro cuarto un juguete u objeto conocido? (Puede decirle, "¿dónde está la pelota?", "tráeme tu abrigo", o "busca tu cobija".)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
5. ¿Imita su niño/a una oración de dos palabras? Por ejemplo, cuando Ud. dice "Mamá juega" o "Papá come" o "¿Qué es?", repite su niño/a la misma frase? (Marque "sí" aun si sus palabras sean difícil de entender.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
6. ¿Sabe decir ocho o más palabras además de "mamá" y "papá"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
TOTAL PARA COMUNICACIÓN				___

MOVIMIENTOS AMPLIOS <i>Intente hacer cada actividad con su niño/a.</i>				
1. ¿Puede ponerse de pie sin ayuda y dar varios pasos hacia adelante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
2. ¿Puede subirse a los muebles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
3. ¿Puede agacharse para agarrar un objeto del suelo y volverse a poner de pie sin apoyarse a nada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
4. ¿Camina su hijo/a por la casa en lugar de gatear?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
5. ¿Anda su hijo/a con seguridad sin caerse a menudo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
6. ¿Se sube a una silla, por ejemplo, para agarrar algo que quiere y que no puede alcanzar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
TOTAL PARA MOVIMIENTOS AMPLIOS				___

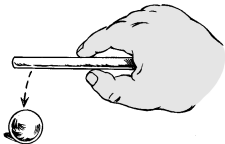
MOVIMIENTOS FINOS <i>Intente hacer cada actividad con su niño/a.</i>				
1. ¿Sabe ayudarle a Ud. pasar las hojas de un libro? (Ud. puede darle la hoja para que la agarre.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
2. ¿Puede tirar una pelota hacia adelante? (Si simplemente la deja caer, responda "todavía no" a esta pregunta.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___



MOVIMIENTOS FINOS <i>(continuación)</i>	SÍ	A VECES	TODAVÍA NO	
3. ¿Sabe colocar cubitos o juguetes unos encima de otros? (También puede usar carretes de hilo de coser, cajitas o juguetes que midan aproximadamente una pulgada o 3 centímetros.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
4. ¿Sabe colocar tres cubitos o juguetes unos encima de los otros sin ayuda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
5. ¿Escribe con la <i>punta</i> de la crayola (del lápiz o de la pluma) al intentar dibujar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
6. ¿Sabe pasar las hojas de un libro sin ayuda? Tal vez pase más de una hoja a la vez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
TOTAL PARA MOVIMIENTOS FINOS				___



RESOLUCIÓN de PROBLEMAS <i>Intente hacer cada actividad con su niño/a.</i>				
1. Después de que Ud. hace garabatos en una hoja de papel con una crayola (o con un lápiz o una pluma), ¿puede su niño/a imitarle? (Si ya sabe hacer garabatos solo, responda afirmativamente a la pregunta.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
2. ¿Sabe meter una migaja o un Cheerio (cereal de desayuno) en una pequeña botella transparente (como un tubo de píldoras, una botella de refresco o un biberón)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
3. ¿Mete varios juguetes pequeños (seis o más) dentro de un recipiente como una caja o un tazón? (Puede enseñarle cómo se hace.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
4. Después de enseñarle cómo se hace, ¿Trata de agarrar un juguete que casi puede alcanzar usando una cuchara, un palo u otro implemento semejante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
5. Sin enseñarle cómo se hace, ¿sabe hacer garabatos cuando se le da una crayola (o un lápiz o una pluma)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
6. Después de que haya metido una migaja o un Cheerio en una pequeña botella transparente, ¿sabe dar la vuelta a la botella para sacarlo? (Puede enseñarle cómo se hace.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
TOTAL PARA RESOLUCIÓN de PROBLEMAS				___



SOCIO-INDIVIDUAL <i>Intente hacer cada actividad con su niño/a.</i>				
1. ¿Sabe usar una cuchara para comer, aunque se le caiga algo de comida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
2. ¿Ayuda a desvestirse quitándose ropa como los calcetines, el gorro, los zapatos o los guantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
3. ¿Juega con una muñeca o con un mono de trapo abrazándolo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___

	SÍ	A VECES	TODAVÍA NO	
SOCIO-INDIVIDUAL <i>(continuación)</i>				
4. Al mirarse en el espejo, ¿se ofrece a sí mismo/a un juguete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
5. ¿Intenta conseguir su atención o intenta enseñarle algo tirándole de la mano o de la ropa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
6. ¿Viene a pedirle ayuda, como cuando necesita que alguien le dé cuerda a un juguete o abra un envase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
	TOTAL PARA SOCIO-INDIVIDUAL			___

GENERAL *Padres y proveedores pueden utilizar el espacio que queda al final de esta página o en el reverso para comentarios adicionales.*

1. ¿Cree Ud. que su niño/a oye bien? SÍ NO
Si contesta "No", explique: _____
2. ¿Cree Ud. que habla igual que los otros niños de su edad? SÍ NO
Si contesta "No", explique: _____
3. ¿Puede Ud. entender casi todo lo que le dice? SÍ NO
Si contesta "No", explique: _____
4. ¿Cree Ud. que camina, corre y trepa igual que los otros niños de su edad? SÍ NO
Si contesta "No", explique: _____
5. ¿Tiene cualquiera de los dos padres algún antecedente de familia con problemas de sordera durante la infancia o con cualquier otro tipo de deficiencia de los oídos? SÍ NO
Si contesta "Sí", explique: _____
6. ¿Tiene Ud. alguna preocupación sobre la vista de su niño/a? SÍ NO
Si contesta "Sí", explique: _____
7. ¿Ha tenido su niño/a algún problema médico en los últimos meses? SÍ NO
Si contesta "Sí", explique: _____
8. ¿Hay algo de su niño/a que a Ud. le preocupe? SÍ NO
Si contesta "Sí", explique: _____