



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: _____

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

TOTAL EN COMUNICACION _____

MOTORA GRUESA

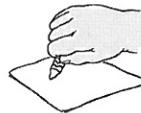
	SI	A VECES	TODAVIA NO	_____
1. ¿Su niña puede ponerse de pie y dar algunos pasitos hacia adelante sin ninguna ayuda o soporte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
2. ¿Su niño se sube a los muebles o a juegos (como grandes bloques) hechos para bebé?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
3. ¿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"/>	_____

MOTORA GRUESA (continuación)

	SI	A VECES	TODAVIA NO	_____
4. ¿Camina su niño por la casa en lugar de gatear?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
5. ¿Camina bien su niña, sin caerse a menudo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
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 "ayudarle" en la cocina)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
TOTAL EN MOTORA GRUESA				_____

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 type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
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 type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
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 type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
4. ¿Puede su niño poner tres cubitos o juguetes uno sobre otro sin ayuda?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
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 type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
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 type="radio"/>	_____
TOTAL EN MOTORA FINA				_____

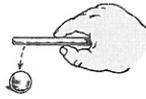


RESOLUCION DE PROBLEMAS

	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 type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
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 type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
3. ¿Mete varios juguetes pequeños, uno tras otro, dentro de un recipiente como una caja o un tazón? (Puede enseñarle cómo se hace.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

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?



SI	A VECES	TODAVIA NO	___
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

5. 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"/>	___ *
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-------

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.)

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----

TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS ___

**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?

SI	A VECES	TODAVIA NO	___
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

2. Cuando Ud. desviste a su niña, ¿ayuda ella a quitarse la ropa (los calcetines, el gorro, los zapatos, o los guantes)?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----

3. ¿Juega su niño con una muñeca o con un muñeco de peluche, abrazándolo?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----

4. Al mirarse en el espejo, ¿su niña se ofrece un juguete a sí misma?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----

5. ¿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"/>	___
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----

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?

<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

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