



Ages & Stages Questionnaires®

23 meses 0 días a 25 meses 15 días

Cuestionario de 24 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: _____

Sexo del niño/a:

Masculino

Femenino

Fecha de nacimiento del niño/a: _____

Información de la persona que está llenando este cuestionario

Nombre: _____

Inicial de su segundo nombre: _____

Apellido(s): _____

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: _____

Dirección: _____

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: _____

de identificación del programa: _____

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:

Notas:

- 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:

Four horizontal lines for taking notes.

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

Table with 5 rows of questions and 4 columns of response options: SI, A VECES, TODAVIA NO, and a blank line for 'sí'.

A large rounded rectangular box for writing an example of a word combination.

COMUNICACION *(continuación)*

6. ¿Puede usar correctamente al menos dos palabras como "mi", "yo", "mía", o "tú"?

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

TOTAL EN COMUNICACION _____

MOTORA GRUESA

1. ¿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.)*

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

2. 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"/>	_____
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-------

3. ¿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"/>	_____
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-------

4. ¿Su niña corre bien y sabe detenerse sin chocar con las cosas o caerse?



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

5. ¿Puede saltar su niño, levantando ambos pies del suelo a la vez?



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

6. Sin apoyarse en ningún objeto, ¿sabe su niño dar una patada a un balón moviendo la pierna hacia atrás y luego hacia adelante?*



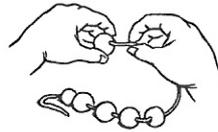
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ *
-----------------------	-----------------------	-----------------------	---------

TOTAL EN MOTORA GRUESA _____

**Si marcó "sí" o "a veces" en la pregunta 6, marque "sí" en la pregunta 2.*

MOTORA FINA

	SI	A VECES	TODAVIA NO	___
1. 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"/>	___
2. ¿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"/>	___
3. ¿Rota (gira) la mano su niña 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"/>	___
4. ¿Su niño prende y apaga interruptores (como el de la luz)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
5. ¿Puede su niña poner siete cubitos o juguetes 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"/>	___
6. ¿Sabe meter un cordón (o agujeta) por el agujero de objetos pequeños como cuentas de madera, sopa de macarrones o de rueditas, o por los agujeros de los zapatos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___



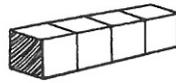
TOTAL EN MOTORA FINA ___

RESOLUCION DE PROBLEMAS

	SI	A VECES	TODAVIA NO	___
1. Después de observarlo/la 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? (Marque "todavía no" si su niño hace rayas o garabatos de un lado para otro.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>Marque "sí"</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Marque "todavía no"</p> </div> </div>			
2. Después de dejar caer una migaja o un Cheerio (cereal de desayuno) en una pequeña botella transparente, ¿pone la botella al revés para sacarlo? (No le muestre cómo hacerlo.) (Puede usar una botella de refresco o un biberón.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
3. ¿Su niña juega con objetos imaginándose que son otras cosas? Por ejemplo, ¿se pone un vaso junto a la oreja jugando como si fuera un teléfono? ¿Se pone una caja en la cabeza como si fuera un gorro? ¿Usa un cubito u otro juguete pequeño para revolver la comida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
4. ¿Guarda su niño las cosas en el sitio apropiado? Por ejemplo, ¿sabe que sus juguetes deben estar en el estante, que su cobija se pone en la cama, y que los platos se ponen en la cocina?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
5. Si quiere algo que no alcanza, ¿busca su niña 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"/>	___

RESOLUCION DE PROBLEMAS (continuación)

6. Mientras su niño lo/la observa, ponga cuatro objetos, como unos cubos o unos carritos, en línea recta. ¿Lo/la intenta imitar poniendo al menos cuatro objetos en línea recta? (También puede usar carretes de hilo, unas cajitas, u otros juguetes.)



SI A VECES TODAVIA NO _____

TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS _____

SOCIO-INDIVIDUAL

1. ¿Sabe su niño beber de un vaso y bajarlo nuevamente sin que se le caiga mucho del contenido?
2. ¿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?
3. ¿Come con un tenedor?
4. Al jugar con un animalito de peluche o con una muñeca, ¿lo mece, le da de comer, le cambia los pañales, lo acuesta, etc.?
5. ¿Su niño empuja un carrito con ruedas, un cochecito de bebé, u otro juguete con ruedas, evitando chocar con las cosas y saliéndose en reversa de un rincón si no puede girar?
6. ¿Su niña se refiere a sí misma diciendo "yo" más que su propio nombre? Por ejemplo, suele decir "yo lo hago" en lugar de "Susana lo hace".

SI A VECES TODAVIA NO _____

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

OBSERVACIONES GENERALES (continuación)

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

7. ¿Ha tenido su niño/a algún problema de salud en los últimos meses? Si contesta "sí", explique: SI NO

OBSERVACIONES GENERALES (continuación)

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