



# Ages & Stages Questionnaires®

17 meses 0 días a 18 meses 30 días

## Cuestionario de 18 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:

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| D | D | M | M | A | A | A | 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:

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

M M

D D

# de identificación del programa:

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

M M

D D

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:

- Checklist of 4 points: 1. Asegúrese de intentar cada actividad con su niño/a antes de contestar las preguntas. 2. Complete el cuestionario haciendo las actividades con su niño/a como si fueran un juego divertido. 3. Asegúrese de que su niño/a haya descansado y comido. 4. Por favor, devuelva este cuestionario antes de esta fecha: \_\_\_\_\_.

Notas:

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 6 rows of questions and 4 columns of radio button options: SI, A VECES, TODAVIA NO, and a blank line for marking.

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

TOTAL EN COMUNICACION \_\_\_\_\_

### MOTORA GRUESA

|  | SI                    | A VECES               | TODAVIA NO            | _____ |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| 1. ¿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"/> | _____ |
| 2. ¿Camina su niño por la casa en lugar de gatear?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 3. ¿Camina bien su niña, sin caerse a menudo?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 4. ¿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 type="radio"/> | _____ |
| 5. ¿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"/> | _____ |
| 6. 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"/> | _____ |



TOTAL EN MOTORA GRUESA \_\_\_\_\_

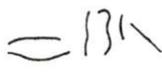
### MOTORA FINA

|   | SI                    | A VECES               | TODAVIA NO            | _____ |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| 1. ¿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"/> | _____ |
| 2. ¿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"/> | _____ |
| 3. 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"/> | _____ |
| 4. ¿Puede su niña poner tres cubitos o juguetes uno sobre otro sin ayuda?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 5. ¿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"/> | _____ |
| 6. 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"/> | _____ |



TOTAL EN MOTORA FINA \_\_\_\_\_

### RESOLUCION DE PROBLEMAS

- |   | SI                    | A VECES               | TODAVIA NO            |    |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----|
| 1. ¿Mete varios juguetes pequeños, uno tras otro, dentro de un recipiente como una caja o un tazón? <i>(Puede enseñarle cómo se hace.)</i>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | —  |
| 2. Después de enseñarle a su niña 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?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | —  |
| 3. Después de dejar caer una migaja o un Cheerio (cereal de desayuno) en una pequeña botella transparente, ¿pone la botella al revés para sacarlo? <i>(Puede enseñarle cómo hacerlo.) (Puede usar una botella de refresco o un biberón.)</i>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | —  |
| 4. 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"/> | —  |
| 5. 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? <i>(Marque "todavía no" si su niño hace rayas o garabatos de un lado para otro.)</i>   | <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> |                       |                       |                       |    |
| 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? <i>(No le muestre cómo hacerlo.)*</i>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | —* |

TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS —

\*Si marcó "sí" o "a veces" en la pregunta 6, marque "sí" en la pregunta 3.

### SOCIO-INDIVIDUAL

- |   | SI                    | A VECES               | TODAVIA NO            |   |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| 1. Al mirarse en el espejo, ¿su niña se ofrece un juguete a sí misma?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 2. ¿Juega su niño con una muñeca o con un muñeco de peluche, abrazándolo?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 3. ¿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"/> | — |
| 4. ¿Viene a pedirle ayuda su niña, 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"/> | — |
| 5. ¿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"/> | — |
| 6. ¿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"/> | — |

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

5. ¿Tiene algún familiar con historia de sordera o cualquier otro impedimento auditivo? Si contesta "sí", explique:

 SI NO

**OBSERVACIONES GENERALES** (continuación)

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 18 meses

17 meses 0 días a  
18 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 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            | 13.06  |               | ● | ● | ●  | ●  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  |
| Motora gruesa           | 37.38  |               | ● | ● | ●  | ●  | ●  | ●  | ●  | ●  | ●  | ○  | ○  | ○  | ○  |
| Motora fina             | 34.32  |               | ● | ● | ●  | ●  | ●  | ●  | ●  | ●  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  |
| Resolución de problemas | 25.74  |               | ● | ● | ●  | ●  | ●  | ●  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  |
| Socio-individual        | 27.19  |               | ● | ● | ●  | ●  | ●  | ●  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  |

**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.

- |   |       |  |       |
|---|-------|--|-------|
| 1. ¿Oye bien?<br>Comentarios:   | Sí NO | 6. ¿Preocupaciones sobre la vista?<br>Comentarios:       | SI No |
| 2. ¿Habla como otros niños de su edad?<br>Comentarios:                | Sí NO | 7. ¿Hay problemas de salud recientes?<br>Comentarios:    | SI No |
| 3. ¿Ud. entiende lo que dice su niño/a?<br>Comentarios:               | Sí NO | 8. ¿Preocupaciones sobre comportamiento?<br>Comentarios: | SI No |
| 4. ¿Camina, corre, y trepa como otros niños?<br>Comentarios:          | Sí NO | 9. ¿Otras preocupaciones?<br>Comentarios:                | SI No |
| 5. Historial: ¿Hay problemas auditivos en la familia?<br>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        |   |   |   |   |   |   |