

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.

◆ **4 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.

◆ **4 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.






SÍ A VECES TODAVÍA NO


COMUNICACIÓN *Intente hacer cada actividad con su bebé.*

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 1. ¿Se ríe calladamente su bebé? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 2. ¿Deja de llorar al verla a Ud. después de haberse ausentado brevemente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 3. ¿Deja de llorar cuando oye la voz de otra persona? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 4. ¿Puede hacer chillidos agudos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 5. ¿Se ríe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 6. ¿Hace sonidos al ver juguetes o a personas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| TOTAL PARA COMUNICACIÓN | | | | ___ |

MOVIMIENTOS AMPLIOS *Intente hacer cada actividad con su bebé.*

- | | | | | | |
|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 1. ¿Mueve su cabeza hacia los lados cuando está boca arriba? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | |
| 2. Cuando está boca abajo y levanta la cabeza, ¿la coloca en el suelo en lugar de simplemente dejarla caer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | |
| 3. Cuando está boca abajo, ¿puede sujetar la cabeza de manera que la barbilla esté a unas 3 pulgadas (o 8 centímetros) del suelo durante al menos 15 segundos? |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 4. Al estar boca abajo, ¿levanta la cabeza y mira a su alrededor? (Pueda apoyarse con los brazos al hacerlo.) |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 5. Al sentar a su bebé, ¿puede sujetar la cabeza? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | |
| 6. Al estar boca arriba, ¿se toca las manos y los dedos? |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| TOTAL PARA MOVIMIENTOS AMPLIOS | | | | ___ | |

MOVIMIENTOS FINOS *Intente hacer cada actividad con su bebé.*

- | | | | | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 1. ¿Tiene las manos abiertas, al menos parcialmente, en vez de tenerlas cerradas en un puño, como cuando era recién nacido? |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 2. Al ponerle un juguete en la mano, ¿lo mueve de un lado para otro, al menos por unos momentos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | |
| 3. ¿Intenta agarrar o arañar su ropa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | |


SÍ A VECES TODAVÍA NO

MOVIMIENTOS FINOS *(continuación)*

- 4. Al ponerle un juguete en la mano, ¿lo agarra al menos durante un minuto mientras lo mira, lo mueve o intenta morderlo? _____
- 5. ¿Intenta agarrar o arañar con las uñas la superficie que tiene delante al estar sentado o cuando está boca abajo? _____
- 6. Al tener el bebé sentado encima de Ud., ¿intenta agarrar un juguete que está en una mesa cercana, aunque no pueda alcanzarlo? _____


TOTAL PARA MOVIMIENTOS FINOS _____

RESOLUCIÓN de PROBLEMAS *Intente hacer cada actividad con su bebé.*

- 1. Al mover lentamente un juguete de izquierda a derecha, delante de la cara de su bebé (como a unas 10 pulgadas o 25 centímetros de distancia), ¿lo sigue con los ojos, a veces moviendo la cabeza? _____
- 2. Al mover un juguete lentamente, de arriba a abajo delante de su cara (como a unas 10 pulgadas o 25 centímetros de distancia), ¿lo sigue con los ojos? _____
- 3. Al sentar su bebé encima de Ud., ¿presta atención a un juguete (del tamaño de una taza o de una maruga) colocado en una mesa o en el suelo delante de él? _____
- 4. Al ponerle un juguete en la mano, ¿se lo queda mirando? _____
- 5. Al ponerle un juguete en la mano, ¿se lo mete en la boca? _____
- 6. Al enseñarle un juguete mientras está acostado boca arriba, ¿mueve los brazos hacia el juguete?  _____

TOTAL PARA RESOLUCIÓN de PROBLEMAS _____

SOCIO-INDIVIDUAL *Intente hacer cada actividad con su bebé.*

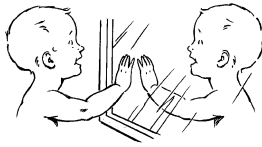
- 1. ¿Presta atención su bebé a sus manos?  _____
- 2. Al juntar las manos, ¿juega con los dedos? _____
- 3. Al ver el pecho o el biberón, ¿sabe que le va a dar de comer? _____
- 4. Intenta agarrar el biberón con las dos manos, o intenta agarrarle el pecho con la mano que le queda libre al alimentarlo a cada lado? _____

SÍ A VECES TODAVÍA NO

SOCIO-INDIVIDUAL *(continuación)*

5. Antes de que Ud. le sonría o le hable, ¿empieza su bebé a sonreírle a Ud. al verla acercarse?

6. Cuando está delante de un espejo grande, ¿empieza a sonreír o a hacer sonidos?



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 bebé oye bien? SÍ NO

Si contesta "No", explique: _____

2. ¿Cree Ud. que su bebé usa las dos manos igualmente bien? SÍ NO

Si contesta "No", explique: _____

3. Al ponerle de pie, ¿Están los pies nivelados con el suelo la mayoría de las veces? SÍ NO

Si contesta "No", explique: _____

4. ¿Tienen 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: _____

5. ¿Tiene Ud. alguna preocupación sobre la vista de su niño/a? SÍ NO

Si contesta "Sí", explique: _____

6. ¿Ha tenido su bebé algún problema médico en los últimos meses? SÍ NO

Si contesta "Sí", explique: _____

7. ¿Hay algo de su bebé que a Ud. le preocupe? SÍ NO

Si contesta "Sí", explique: _____