



# Ages & Stages Questionnaires®

9 meses 0 días a 10 meses 30 días

## Cuestionario de 10 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 bebé

Nombre del bebé:

Inicial de su segundo nombre:

Apellido(s) del bebé:

Fecha de nacimiento del bebé:

Para bebés prematuros, si el parto ocurrió 3 semanas o más antes de la fecha proyectada, # de semanas que se adelantó:

Sexo del bebé:  Masculino  Femenino

### Información de la persona que está llenando este cuestionario

Nombre:

Inicial de su segundo nombre:

Apellido(s):

Dirección:

Parentesco con el bebé:  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 bebé:

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

# de identificación del programa:

Si es bebé 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 bebés. Puede ser que su bebé 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 bebé hace la actividad regularmente, a veces, o todavía no.

### Puntos que hay que recordar:

- Asegúrese de intentar cada actividad con su bebé antes de contestar las preguntas.
- Complete el cuestionario haciendo las actividades con su bebé como si fueran un juego divertido.
- Asegúrese de que su bebé haya descansado y comido.
- Por favor, devuelva este cuestionario antes de esta fecha: \_\_\_\_\_.

### Notas:

---



---



---



---





---

## COMUNICACION



	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. ¿Hace su bebé sonidos como "da", "ga", "ka", y "ba"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
2. Si Ud. imita los sonidos que hace su bebé, ¿el los repite?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
3. ¿Puede hacer dos sonidos similares como "ba-ba", "da-da", o "ga-ga"? (No es necesario que los sonidos tengan significado.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
4. Cuando Ud. se lo pide, ¿puede su bebé jugar a algún juego infantil sin que Ud. se lo demuestre primero (por ejemplo, decir adiós, esconderse tapándose los ojos, aplaudir, o indicar que tan grande es algo)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
5. ¿Sigue su bebé instrucciones sencillas, como por ejemplo, "ven acá", dámelo", o devuélvelo" sin que Ud. le haga gestos para que entienda lo que le está pidiendo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
6. ¿Dice su bebé tres palabras como "mamá", "dada", y "baba"? (Una "palabra" se define como un sonido o un grupo de sonidos que siempre repite su bebé al referirse a alguien o a alguna cosa concreta.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

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

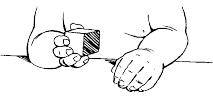




## MOTORA GRUESA

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. Si Ud. agarra las manos de su bebé para ayudarle a mantener el equilibrio, ¿ella puede sostener su propio peso mientras está de pie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
				
2. Al estar sentado en el suelo, ¿su bebé puede sentarse derecho por varios minutos sin usar las manos para apoyarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
				

**MOTORA GRUESA** *(continuación)*

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
3. Al ponerla de pie cerca de los muebles de la casa o de la cuna, ¿su bebé puede agarrarse a los muebles sin que se apoye también con el pecho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
				
4. Al estar agarrado a un mueble, ¿puede su bebé agacharse para recoger un juguete del suelo y después volver a ponerse de pie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
				
5. Al estar agarrada a un mueble, ¿puede agacharse, manteniendo el control (sin caerse al suelo)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
6. ¿Camina por la casa su bebé, agarrándose a los muebles con una sola mano?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
	TOTAL EN MOTORA GRUESA			—

**MOTORA FINA**

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. ¿Agarra un juguete pequeño con una sola mano?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
				
2. ¿Su bebé logra agarrar una migaja de pan o un Cheerio (cereal de desayuno) usando el dedo pulgar y todos los demás dedos, haciendo un movimiento como de rastrillo? (Si ya puede agarrar una migaja o un Cheerio, marque "sí" en esta pregunta.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
				
3. ¿Puede agarrar un juguete pequeño con las yemas del pulgar y de los demás dedos? (Debe haber un espacio entre el juguete y la palma de la mano.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
				
4. Después de intentarlo una o dos veces, ¿puede agarrar su bebé un segmento de cuerda con los dedos índice y pulgar? (La cuerda puede estar atada a un juguete.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
				
5. ¿Puede agarrar una migaja de pan o un Cheerio (cereal de desayuno) con las yemas de los dedos (índice y pulgar)? Puede apoyar el brazo o la mano en la mesa mientras que lo hace.*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	— *
				
6. ¿Puede poner un juguete pequeño en la mesa (en el sofá o en el suelo), sin dejarlo caer, y después levantar la mano de encima del juguete?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
	TOTAL EN MOTORA FINA			—

\*Si marcó "sí" o "a veces" en la pregunta 5, marque "sí" en la pregunta 2.

## RESOLUCION DE PROBLEMAS

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. ¿Se pasa un juguete de una mano a la otra?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
2. ¿Recoge su bebé dos juguetes pequeños, tomando uno en cada mano, y los sujeta por aproximadamente un minuto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
3. Al tener un juguete en la mano, ¿lo golpea contra otro que está en la mesa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
4. Al tener un juguete pequeño en cada mano, ¿su bebé intenta golpearlos uno con otro (como cuando se aplaude)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
5. ¿Su bebé agarra o usa el dedo índice para tocar un Cheerio (cereal de desayuno) o una migaja de pan que está dentro de una botella transparente (por ejemplo un biberón)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
6. Después de verle a Ud. esconder un juguete pequeño debajo de una hoja de papel o de un trozo de tela, ¿puede su bebé encontrarlo? (Asegúrese de que el juguete esté completamente escondido.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
<b>TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS</b>				___

## SOCIO-INDIVIDUAL

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. Al estar boca arriba, ¿su bebé intenta meterse el pie en la boca?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
2. ¿Su bebé puede beber agua, jugo, o leche de fórmula de una taza si Ud. se la sostiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
3. ¿Puede su bebé comer una galleta sin ayuda?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
4. Al extenderle la mano y pedirle su juguete, ¿su bebé se lo ofrece aunque no lo suelte? (Si ya suelta el juguete para dárselo, marque "sí" en esta pregunta.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
5. Cuando Ud. viste a su bebé, ¿puede él meter el brazo por la manga de la camisa una vez que Ud. le haya metido la mano en la bocamanga?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
6. Cuando Ud. le extiende la mano para pedirle un juguete, ¿su bebé lo suelta para que Ud. lo tome?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
<b>TOTAL EN SOCIO-INDIVIDUAL</b>				___

**OBSERVACIONES GENERALES**

Los padres y proveedores pueden utilizar el espacio después de cada pregunta para hacer comentarios adicionales.

1. ¿Usa su bebé ambas manos y ambas piernas igualmente bien? Si contesta "no", explique:  SI  NO

2. Al ponerlo/la de pie, ¿su bebé pone los pies completamente planos sobre el suelo la mayoría de la veces? Si contesta "no", explique:  SI  NO

3. ¿Le preocupa que su bebé sea muy callado/a o que no haga sonidos como otros bebés? Si contesta "sí", explique:  SI  NO

4. ¿Tiene algún familiar con historia de sordera o cualquier otro impedimento auditivo? Si contesta "sí", explique:  SI  NO

5. ¿Tiene Ud. alguna preocupación sobre la visión de su bebé? Si contesta "sí", explique:  SI  NO

**OBSERVACIONES GENERALES** (continuación)

6. ¿Ha tenido su bebé algún problema de salud en los últimos meses? Si contesta "sí", explique:

 SÍ NO

7. ¿Tiene alguna preocupación sobre el comportamiento de su bebé? Si contesta "sí", explique:

 SÍ NO

8. ¿Le preocupa algún aspecto del desarrollo de su bebé? Si contesta "sí", explique:

 SÍ NO



# ASQ-3: Compilación de datos 10 meses

9 meses 0 días a  
10 meses 30 días

Nombre del bebé: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_  
 # de identificación del bebé: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Nombre del programa/proveedor: \_\_\_\_\_ Para bebés prematuros, ¿seleccionó el  Sí  No  
 cuestionario apropiado tomando en  
 cuenta la edad ajustada del bebé?

**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). Sumo 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	22.87		●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○
Motora gruesa	30.07		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○
Motora fina	37.97		●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○
Resolución de problemas	32.51		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○
Socio-individual	27.25		●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○

**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. ¿Usa ambas manos y ambas piernas por igual?<br>Comentarios:                  | Sí <b>NO</b> | 5. ¿Preocupaciones sobre la vista?<br>Comentarios:       | <b>SI</b> No |
| 2. ¿Normalmente pone los pies completamente planos en el suelo?<br>Comentarios: | Sí <b>NO</b> | 6. ¿Hay problemas de salud recientes?<br>Comentarios:    | <b>SI</b> No |
| 3. ¿Preocupaciones porque no hace sonidos?<br>Comentarios:                      | <b>SI</b> No | 7. ¿Preocupaciones sobre comportamiento?<br>Comentarios: | <b>SI</b> No |
| 4. Historial: ¿Hay problemas auditivos en la familia?<br>Comentarios:           | <b>SI</b> No | 8. ¿Otras preocupaciones?<br>Comentarios:                | <b>SI</b> 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 bebé tiene oportunidades para practicar las habilidades.

Si el *Puntaje total* está dentro del área , el puntaje del bebé está por encima de las expectativas, y el desarrollo del bebé 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 bebé 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						