



Ages & Stages Questionnaires®

5 meses 0 días a 6 meses 30 días

Cuestionario de 6 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:

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

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:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Ciudad:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

País:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

de teléfono de casa:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Otro # de teléfono:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Su dirección electrónica:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

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:

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Estado/Provincia:

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Código postal:

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

Los nombres de las personas que le están ayudando a llenar este cuestionario:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

INFORMACION DEL PROGRAMA

de identificación del bebé:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

de identificación del programa:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Nombre del programa:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| M | M | D | D |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| M | M | D | D |

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 chillidos agudos su bebé? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 2. Al experimentar con sonidos, ¿su bebé hace sonidos de tono bajo, como gruñir o rugir? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 3. Si Ud. llama a su bebé cuando ella no lo/la puede ver, ¿voltea la cabeza en la dirección de su voz? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 4. Cuando escucha un ruido fuerte, ¿su bebé voltea a ver de dónde viene? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 5. ¿Hace su bebé sonidos como "da", "ga", "ka", y "ba"? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 6. Si Ud. imita los sonidos que hace su bebé, ¿ella los repite? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| | | | | |
| | | | | TOTAL EN COMUNICACION _____ |

MOTORA GRUESA

| | SI | A VECES | TODAVIA NO | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| 1. Al estar acostado boca arriba, ¿levanta su bebé las piernas lo suficiente para poder verse los pies? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 2. ¿Cuando está boca abajo, estira los dos brazos y levanta todo el pecho de la cama o del suelo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 3. Cuando está acostada boca arriba, ¿su bebé puede darse la vuelta para estar boca abajo, sacando los brazos hacia los lados del cuerpo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 4. Cuando Ud. sienta a su bebé en el suelo, ¿él usa las manos para apoyarse? (Si su bebé ya puede sentarse sin apoyarse con las manos, marque "sí" en esta pregunta.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |



MOTORA GRUESA (continuación)

5. Si Ud. agarra las manos de su bebé para ayudarle a mantener el equilibrio, ¿ella puede sostener su propio peso mientras está de pie?



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

6. ¿Puede su bebé ponerse en la postura para gatear apoyándose en las manos y en las rodillas?



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

TOTAL EN MOTORA GRUESA _____

MOTORA FINA

1. ¿Toma su bebé un juguete que se le ofrece, lo mira, lo agita, o lo muerde por aproximadamente un minuto?

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

2. ¿Su bebé extiende las dos manos a la vez para agarrar un juguete?

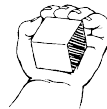
| | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|

3. ¿Extiende la mano para tomar una migaja de pan o un Cheerio (cereal de desayuno) y/o lo toca con el dedo o la mano? *(Si su bebé ya puede agarrar un objeto pequeño, marque "sí" en esta pregunta.)*



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

4. ¿Puede agarrar un juguete pequeño y tenerlo en la palma de la mano, sujetándolo con los dedos?



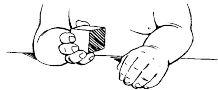
| | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|

5. ¿Intenta 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, incluso si no puede agarrarlo? *(Si ya puede agarrar una migaja o un Cheerio de esta manera, marque "sí" en esta pregunta.)*



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

6. ¿Agarra un juguete pequeño con una sola mano?



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

TOTAL EN MOTORA FINA _____

RESOLUCION DE PROBLEMAS

1. Cuando hay un juguete enfrente de su bebé, ¿intenta alcanzarlo usando las dos manos?

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


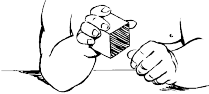

2. Cuando está boca arriba, ¿vuelve la cabeza para buscar un juguete cuando lo deja caer? *(Si al dejarlo caer ya puede recogerlo, marque "sí" en esta pregunta.)*

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

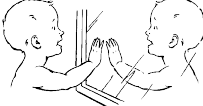



3. Al estar boca arriba, ¿su bebé intenta agarrar un juguete que se le cayó si lo puede ver?

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

RESOLUCION DE PROBLEMAS (continuación)

| | SI | A VECES | TODAVIA NO | |
|--|---|-----------------------|-----------------------|---|
| 4. ¿Su bebé agarra un juguete y se lo mete en la boca? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| |  | | | |
| 5. ¿Se pasa un juguete de una mano a la otra? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| |  | | | |
| 6. ¿Juega golpeando un juguete contra el suelo o contra la mesa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| |  | | | |
| TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS | | | | — |

SOCIO-INDIVIDUAL

| | SI | A VECES | TODAVIA NO | |
|---|---|-----------------------|-----------------------|---|
| 1. Cuando está delante de un espejo grande, ¿empieza su bebé a sonreír o a hacer sonidos? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| |  | | | |
| 2. ¿Se comporta de una manera distinta con personas desconocidas que con Ud. o con otras personas que conoce? <i>(Reacciones a desconocidos pueden incluir mirarlos fijamente, fruncir el ceño, retraerse, o llorar.)</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 3. Al estar boca arriba, ¿intenta jugar agarrándose el pie? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| |  | | | |
| 4. Al estar delante de un espejo grande, ¿intenta tocar el espejo con las manos? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| |  | | | |
| 5. Al estar boca arriba, ¿su bebé intenta meterse el pie en la boca? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| |  | | | |
| 6. ¿Intenta agarrar un juguete que no puede alcanzar? <i>(Puede que intente darse la vuelta, girar el tronco estando boca abajo, o gatear para agarrarlo.)</i> | <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. ¿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 6 meses

5 meses 0 días a
6 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 | 29.65 | | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Motora gruesa | 22.25 | | ● | ● | ● | ● | ● | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Motora fina | 25.14 | | ● | ● | ● | ● | ● | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Resolución de problemas | 27.72 | | ● | ● | ● | ● | ● | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Socio-individual | 25.34 | | ● | ● | ● | ● | ● | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

2. TRANSFERIA 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? Comentarios: | Sí | NO | 5. ¿Preocupaciones sobre la vista? Comentarios: | SI | No |
| 2. ¿Normalmente pone los pies completamente planos en el suelo? Comentarios: | Sí | NO | 6. ¿Hay problemas de salud recientes? Comentarios: | SI | No |
| 3. ¿Preocupaciones porque no hace sonidos? Comentarios: | SI | No | 7. ¿Preocupaciones sobre comportamiento? Comentarios: | SI | No |
| 4. Historial: ¿Hay problemas auditivos en la familia? Comentarios: | SI | No | 8. ¿Otras preocupaciones? 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 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 | | | | | | |