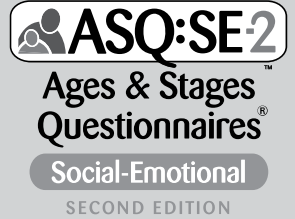




# Cuestionario de 30 meses

27 meses 0 días a 32 meses 30 días



Fecha en que se completó el ASQ:SE-2: \_\_\_\_\_

## Información del niño/a

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Apellido(s) del niño/a: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del niño/a: \_\_\_\_\_

Sexo del niño/a:  Masculino  Femenino

## Persona que hace el cuestionario

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido(s): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado/provincia: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

País: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Otro # de teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Relación con el niño/a:  Padre/madre  Guardián/tutor  Maestro/a  Otro: \_\_\_\_\_  
 Abuelo/a u otro pariente  Padre/madre de acogida  Proveedor de cuidado infantil

Nombres de las personas que ayudan a hacer el cuestionario: \_\_\_\_\_

## Información del programa


(para uso del programa exclusivamente)

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| # de identificación del niño/a:   | Edad del niño/a cuando se hizo la evaluación, en meses y días: |
| # de identificación del programa: |  |
| Nombre del programa:              |  |



En las páginas siguientes, usted verá preguntas sobre comportamientos diversos que un niño puede tener. Favor de leer cada pregunta cuidadosamente y marcar el cuadro  que mejor describa el comportamiento de su niño/a. También le pedimos que marque el círculo  si ese comportamiento le preocupa a usted.

**Puntos importantes:**

- Conteste las preguntas basándose en lo que usted sabe sobre el comportamiento de su niño/a.
- Conteste las preguntas basándose en el comportamiento que su niño/a muestra *regularmente* y no en el comportamiento que muestra cuando está cansado/a, enfermo/a o con hambre.
- Las personas que están a cargo del niño/a y que lo/la conocen porque pasan más de 15–20 horas por semana con él/ella, deberían hacer un cuestionario ASQ:SE-2 para ese/a niño/a.
- Favor de completar y enviarnos este cuestionario para esta fecha: \_\_\_\_\_
- Si tiene preguntas o cualquier preocupación sobre su niño/a o sobre este cuestionario, favor de ponerse en contacto con: \_\_\_\_\_
- Muchas gracias. Le pediremos que haga otro cuestionario ASQ:SE-2 en \_\_\_\_\_ meses.

|   | A MENUDO O SIEMPRE         | A VECES                    | RARA VEZ O NUNCA           | MARQUE AQUÍ SI ESTO LE PREOCUPA |       |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------|-------|
| 1. ¿Su niño lo/la mira cuando usted le habla?                                       | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v         | _____ |
| 2. ¿A su niña le gusta que la abracen o la acurruquen?                              | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v         | _____ |
| 3. ¿Su hijo es demasiado apegado a usted (más de lo que usted espera)?              | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | <input type="radio"/> v         | _____ |
|  |                            |                            |                            |                                 |       |
| 4. ¿Su niña saluda o les dice hola a los adultos que ella conoce?                   | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v         | _____ |
| 5. ¿Su niño parece estar contento?  | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v         | _____ |
| 6. ¿A su niña le gusta escuchar cuentos y cantar canciones?                         | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v         | _____ |
| 7. ¿Su niño parece ser demasiado amigable con personas desconocidas?                | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | <input type="radio"/> v         | _____ |


PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA \_\_\_\_\_

|  | A MENUDO O SIEMPRE         | A VECES                    | RARA VEZ O NUNCA           | MARQUE AQUÍ SI ESTO LE PREOCUPA |       |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------|-------|
| 8. ¿Su niña se calma sin ayuda después de participar en actividades estimulantes?<br>   | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v         | _____ |
| 9. ¿Su niño llora, grita o hace berrinche por períodos largos?   | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | <input type="radio"/> v         | _____ |
| 10. ¿Su niña repite la misma acción una y otra vez y se altera cuando usted intenta detenerla? Por ejemplo, ¿se mece, agita las manos, da vueltas, o _____? Favor de describir qué hace su niña.<br>_____<br>_____ | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | <input type="radio"/> v         | _____ |
| 11. ¿Su niña puede permanecer haciendo actividades que ella disfruta (que no sean mirar la tele, vídeos o juegos electrónicos) por al menos tres minutos?  | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v         | _____ |
| 12. ¿Su niño hace lo que usted le pide?  | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v         | _____ |
| 13. ¿A su niña le interesan las cosas que la rodean, como personas, juguetes y comida?<br>                                      | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v         | _____ |
| 14. Cuando su niño está alterado, ¿puede calmarse en un lapso de tiempo de 15 minutos o menos?   | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v         | _____ |
| 15. ¿Su niña tiene problemas con la alimentación? Por ejemplo, ¿se llena la boca, vomita o come cosas que no son comida o _____? Favor de describir el problema.<br>_____<br>_____                                 | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | <input type="radio"/> v         | _____ |

PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA \_\_\_\_\_

|   | A MENUDO O SIEMPRE         | A VECES                    | RARA VEZ O NUNCA           | MARQUE AQUÍ SI ESTO LE PREOCUPA |       |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------|-------|
| 16. ¿Usted y su niño disfrutan juntos/as de la hora de la comida?   | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v         | _____ |
| 17. Cuando usted señala alguna cosa con el dedo, ¿mira su niña hacia donde usted está apuntando?                                      | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v         | _____ |
| 18. ¿Su niño duerme por lo menos 8 horas en un período de 24 horas?   | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v         | _____ |
| 19. ¿Su niña le comunica cómo se siente con gestos o palabras? Por ejemplo, ¿le avisa cuando tiene hambre, se lastima o está cansada? | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v         | _____ |
| 20. ¿Su niño sigue las instrucciones de su rutina? Por ejemplo, ¿viene a la mesa o ayuda a recoger sus juguetes cuando se lo pide?    | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v         | _____ |
| 21. ¿Su niña intenta asegurarse de que usted esté cerca cuando explora nuevos lugares, como un parque o la casa de un amigo?          | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v         | _____ |
| 22. ¿Su niño puede cambiar de una actividad a otra sin gran dificultad (por ejemplo, deja de jugar cuando es hora de comer)?          | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v         | _____ |
| 23. ¿Su niña se mantiene alejada de los peligros, como el fuego o los carros (autos) en movimiento?                                   | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v         | _____ |
| 24. ¿Su niño destruye o daña las cosas a propósito?   | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | <input type="radio"/> v         | _____ |
| 25. ¿Su niña se lastima a propósito?  | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | <input type="radio"/> v         | _____ |

PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA \_\_\_\_\_

|  | A MENUDO O SIEMPRE         | A VECES                    | RARA VEZ O NUNCA           | MARQUE AQUÍ SI ESTO LE PREOCUPA |       |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------|-------|
| 26. ¿Su hijo juega al lado de otros niños?   | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v         | _____ |
|   |                            |                            |                            |                                 |       |
| 27. ¿Su hija intenta lastimar a otros niños, adultos o animales (por ejemplo, los patea o los muerde)?   | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | <input type="radio"/> v         | _____ |
| 28. ¿Su niño intenta mostrarle cosas, señalándolas con el dedo y luego mirándolo/la a usted?   | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v         | _____ |
| 29. ¿Su niño usa por lo menos dos palabras para pedir las cosas que quiere (por ejemplo, "quiero pan" o "más jugo")?                                 | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v         | _____ |
| 30. ¿Su niña utiliza el juego imaginativo o de roles? Por ejemplo, ¿habla por teléfono, le da de comer a su muñeca o hace volar un avión de juguete? | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v         | _____ |
| 31. ¿Su niño se despierta tres veces o más durante la noche?   | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | <input type="radio"/> v         | _____ |
| 32. ¿Su niña se muestra excesivamente preocupada o temerosa? Si usted marcó "a veces" o "a menudo o siempre", por favor explique:                    | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | <input type="radio"/> v         | _____ |
| _____  |                            |                            |                            |                                 |       |
| _____  |                            |                            |                            |                                 |       |
| _____  |                            |                            |                            |                                 |       |
| 33. ¿Ha expresado alguien preocupación por el comportamiento de su hijo? Si usted marcó "a veces" o "a menudo o siempre", por favor explique:        | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | <input type="radio"/> v         | _____ |
| _____  |                            |                            |                            |                                 |       |
| _____  |                            |                            |                            |                                 |       |
| _____  |                            |                            |                            |                                 |       |

PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES GENERALES** Use el espacio provisto aquí para hacer comentarios adicionales.

34. ¿Tiene usted alguna preocupación sobre los hábitos de su hija en relación a comer, dormir o aprender a usar el baño? Si es así, por favor explique:  SÍ  NO

---

---

---

35. ¿Hay algo que le preocupa de su hijo? Si es así, por favor explique:  SÍ  NO

---

---

---

36. ¿Qué es lo que usted disfruta de su niño?

---

---

---

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha en que se completó el ASQ:SE-2: \_\_\_\_\_

# de identificación del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del niño/a: \_\_\_\_\_

Persona que contestó el ASQ:SE-2: \_\_\_\_\_ Edad del niño/a en meses y días: \_\_\_\_\_

Nombre del programa/proveedor: \_\_\_\_\_ Sexo del niño/a:  Masculino  Femenino

## 1. GRÁFICA PARA ASIGNAR PUNTAJES ASQ:SE-2:

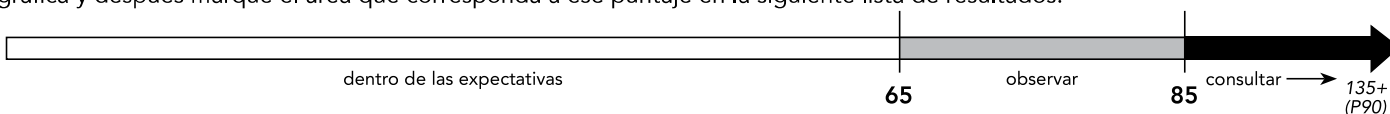
- Asigne un puntaje a cada pregunta (Z = 0, V = 5, X = 10, Preocupación = 5).
- Transfiera el total de cada página y súmelos para obtener el puntaje total.
- Anote el puntaje total del niño/a a un lado del punto de corte.

|                              |  |
|------------------------------|--|
| PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA 1 |  |
| PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA 2 |  |
| PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA 3 |  |
| PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA 4 |  |
| <b>Puntaje total</b>         |  |

| Punto de corte | Puntaje total |
|----------------|---------------|
| <b>85</b>      |               |

## 2. CÓMO INTERPRETAR EL PUNTAJE ASQ:SE-2:

Identifique aproximadamente en dónde cae el puntaje total del niño/a en la gráfica y después marque el área que corresponda a ese puntaje en la siguiente lista de resultados:



- \_\_\_ El puntaje total del niño/a cae en el área . Está por debajo del punto de corte. El desarrollo socio-emocional del niño/a parece estar dándose dentro de las expectativas.
- \_\_\_ El puntaje total del niño/a cae en el área . Está cerca del punto de corte. Vea cuáles son los comportamientos que son motivo de preocupación y monitoree al niño/a en estas áreas de desarrollo.
- \_\_\_ El puntaje total del niño/a cae en el área . Está por encima del punto de corte. Es posible que se necesite hacer evaluaciones adicionales con un profesional.

## 3. OBSERVACIONES GENERALES Y PREOCUPACIONES:

Anote las respuestas y transfiera los comentarios hechos por los padres o personas a cargo del niño/a. Las preguntas marcadas como Sí necesitarán un seguimiento.

- 1–33. ¿Se marcó como preocupación alguna de las preguntas con puntaje?  Sí  no Comentarios: \_\_\_\_\_
34. ¿Preocupaciones sobre los hábitos de comer/dormir/ir al baño?  Sí  no Comentarios: \_\_\_\_\_
35. ¿Otras preocupaciones?  Sí  no Comentarios: \_\_\_\_\_

## 4. CONSIDERACIONES PARA HACER UN SEGUIMIENTO Y REFERIR A LAS FAMILIAS:

Contestar las siguientes preguntas con Sí, No o No estoy seguro(a) (S, N, NES). Ver páginas 98–103 en el ASQ:SE-2 User's Guide.

- \_\_\_ Factores de tiempo/de lugar (por ej., ¿El comportamiento del niño/a es igual en la casa y en la escuela?)
- \_\_\_ Factores del desarrollo (por ej., ¿El comportamiento del niño/a está relacionado a su etapa de desarrollo o a un atraso en el desarrollo?)
- \_\_\_ Factores de salud (por ej., ¿El comportamiento del niño/a está relacionado a factores biológicos o de salud?)
- \_\_\_ Factores familiares/culturales (por ej., ¿El comportamiento del niño/a es aceptable en la cultura o contexto familiar en el que está creciendo? ¿Ha habido algunas situaciones estresantes en la vida del niño/a recientemente?)
- \_\_\_ Preocupaciones de los padres (por ej., ¿Expresó alguna preocupación el padre/madre u otra persona a cargo del niño/a con respecto al comportamiento de éste?)

## 5. SEGUIMIENTO DEL ASQ:

Marcar todos los puntos que apliquen:

- \_\_\_ Dar actividades para el/la niño/a y reevaluar en \_\_\_\_\_ meses.
- \_\_\_ Compartir resultados con el proveedor primario de servicios de salud.
- \_\_\_ Dar materiales de educación para padres.
- \_\_\_ Dar información sobre clases para padres o grupos de apoyo disponibles en el área.
- \_\_\_ Pedirle a otra de las personas a cargo del niño/a (por ej., abuelo, maestra, etc.) que haga el cuestionario ASQ:SE-2. Favor de anotar el nombre de esa persona aquí: \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Hacerle una evaluación de desarrollo al niño/a (es decir, ASQ-3).
- \_\_\_ Referir al niño/a a un programa de intervención temprana o de educación especial en la primera infancia.
- \_\_\_ Referir al niño/a para que le hagan una evaluación socio-emocional, de comportamiento o de salud mental.
- \_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_