



# 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: \_\_\_\_\_

### Información del niño/a:

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

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

### Información del programa

# de identificación del niño/a: \_\_\_\_\_ Edad al realizar la evaluación ASQ, en meses y días: \_\_\_\_\_

# de identificación del programa: \_\_\_\_\_ Si es niño/a prematuro/a, edad ajustada, en meses y días: \_\_\_\_\_

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:

Notas:

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

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 response options: SI, A VECES, TODAVIA NO, and a blank line.

A large rounded rectangular box for writing 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 —

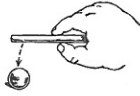
**MOTORA FINA**

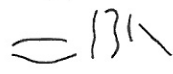
- |   | SI                    | A VECES               | TODAVIA NO            |   |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| 1. ¿Puede lanzar su niño una pelota pequeña, moviendo el brazo hacia adelante por encima del hombro? (Si simplemente la deja caer, marque "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"/> | — |
- Marque "sí"



Marque "todavía no"


- |  |                       |                       |                       |    |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----|
| 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 cualquier dirección 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"/> | —  |
| 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