



Ages & Stages Questionnaires®

7 meses 0 días a 8 meses 30 días

Cuestionario de 8 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 bebé

Nombre del bebé: _____

Inicial de su segundo nombre: _____

Apellido(s) del bebé: _____

Sexo del bebé:

Masculino

Femenino

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: _____

Información de la persona que esta llenando este cuestionario

Nombre: _____

Inicial de su segundo nombre: _____

Apellido(s): _____

Parentesco con el bebé:

Padre/madre

Tutor

Maestro/a

Educador/a o asistente de preescolar

Dirección: _____

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 bebé: _____

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

de identificación del programa: _____

Si es bebé 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 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:

Notas:

- 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:

COMUNICACION

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. 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 checked="" type="radio"/>	_____
2. Cuando escucha un ruido fuerte, ¿su bebé voltea a ver de dónde viene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	_____
3. Si Ud. imita los sonidos que hace su bebé, ¿ella los repite?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
4. ¿Hace su bebé sonidos como "da", "ga", "ka", y "ba"?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
5. ¿Responde su bebé a los diferentes tonos de su voz y deja de hacer la actividad que lo tiene entretenido, al menos por un momento, cuando Ud. le dice "no-no"?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
6. ¿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 checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
TOTAL EN COMUNICACION				_____

MOTORA GRUESA

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. Cuando Ud. sienta a su bebé en el suelo, ¿ella usa las manos para apoyarse? (Si su bebé ya puede sentarse sin apoyarse con las manos, marque "sí" en esta pregunta.)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
2. Cuando está acostado boca arriba, ¿su bebé puede darse la vuelta para estar boca abajo, sacando los brazos hacia los lados del cuerpo?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
3. ¿Puede su bebé ponerse en la postura para gatear apoyándose en las manos y en las rodillas?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____



MOTORA GRUESA (continuación)

SI A VECES TODAVIA NO

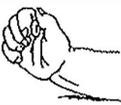
- | | | | | | | |
|----|---|---|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|----|
| 4. | Si Ud. agarra las manos de su bebé para ayudarle a mantener el equilibrio, ¿él puede sostener su propio peso mientras está de pie? |  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — |
| 5. | Al estar sentado en el suelo, ¿su bebé puede sentarse derecho por varios minutos <i>sin</i> usar las manos para apoyarse?* |  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | —* |
| 6. | Al ponerlo 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="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | — |

TOTAL EN MOTORA GRUESA

*Si marcó "sí" o "a veces" en la pregunta 5, marque "sí" en la pregunta 1.

MOTORA FINA

SI A VECES TODAVIA NO

- | | | | | | | |
|----|--|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| 1. | ¿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 checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — |
| 2. | ¿Puede agarrar un juguete pequeño y tenerlo en la palma de la mano, sujetándolo con los dedos? |  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — |
| 3. | ¿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 checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — |
| 4. | ¿Agarra un juguete pequeño con una sola mano? |  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — |
| 5. | ¿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 checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — |

MOTORA FINA (continuación)

6. ¿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.)**



SI	A VECES	TODAVIA NO	
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___ *

TOTAL EN MOTORA FINA

**Si marcó "sí" o "a veces" en la pregunta 6, marque "sí" en la pregunta 1.*

RESOLUCION DE PROBLEMAS

1. ¿Su bebé agarra un juguete y se lo mete en la boca?



SI	A VECES	TODAVIA NO	
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___

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

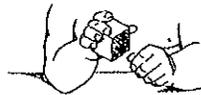
SI	A VECES	TODAVIA NO	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	___

3. ¿Juega golpeando un juguete contra el suelo o contra la mesa?



SI	A VECES	TODAVIA NO	
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___

4. ¿Se pasa un juguete de una mano a la otra?



SI	A VECES	TODAVIA NO	
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___

5. ¿Recoge su bebé dos juguetes pequeños, tomando uno en cada mano, y los sujeta por aproximadamente un minuto?



SI	A VECES	TODAVIA NO	
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___

6. Al tener un juguete en la mano, ¿lo golpea contra otro que está en la mesa?



SI	A VECES	TODAVIA NO	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	___

TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS ___

SOCIO-INDIVIDUAL

		SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. Al estar boca arriba, ¿intenta jugar agarrándose el pie?		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
2. Al estar delante de un espejo grande, ¿intenta tocar el espejo con las manos?		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
3. ¿Intenta agarrar un juguete que no puede alcanzar? (Puede que intente darse la vuelta, girar el tronco estando boca abajo, o gatear para agarrarlo.)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	—
4. Al estar boca arriba, ¿su bebé intenta meterse el pie en la boca?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	?
5. ¿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 checked="" type="radio"/>	—
6. ¿Puede su bebé comer una galleta sin ayuda?		<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



ASQ-3: Compilación de datos 8 meses

7 meses 0 días a
8 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 cuestionario apropiado tomando en cuenta la edad ajustada del bebé? Sí No

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). Sume 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	33.06		<input type="radio"/>												
Motora gruesa	30.61		<input type="radio"/>												
Motora fina	40.15		<input type="radio"/>												
Resolución de problemas	36.17		<input type="radio"/>												
Socio-individual	35.84		<input type="radio"/>												

2. TRANSFIERA 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						