

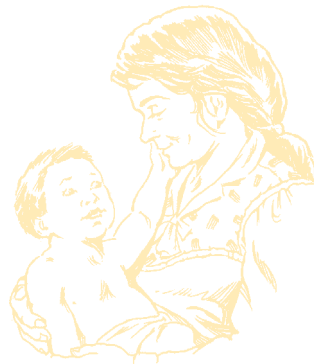
Edades y Etapas: Un Cuestionario Completado por los Padres para Evaluar a los Niños* **Segunda Edición**

Por Diane Bricker y Jane Squires

con la ayuda de *Linda Mounts, LaWanda Potter, Robert Nickel, Elizabeth Twombly, y Jane Farrell*

Copyright © 1999 por Paul H. Brookes Publishing Co.

◆ **27 Meses** ◆ **Cuestionario**



Lo que sigue a continuación son unas preguntas sobre diferentes actividades que los niños hacen. Puede ser que su niño/a ya haya realizado algunas y todavía no haya realizado otras. Después de leer cada cosa, marque la respuesta que indique lo que su niño/a ha hecho en el pasado o lo que hace ahora.

Cosas Importantes que Recordar:

- Le rogamos que intente cada actividad individualmente con su niño/a antes de contestar las preguntas.
- Trate de que al llenar este cuestionario sea un juego que es divertido para usted y su niño/a.
- Asegúrese de que su niño/a ha descansado, que ha comido y que viene listo para jugar.
- Por favor devuelva este cuestionario antes del día: _____.
- Si tiene alguna pregunta o preocupación acerca de su niño/a o acerca de este cuestionario, por favor llame a: _____.
- Espere recibir otro cuestionario en _____ meses.

*Translated from the English:
*Ages & Stages Questionnaires®: A Parent-Completed,
Child-Monitoring System, Second Edition, Bricker et al.
© 1999 Paul H. Brookes Publishing Co.*



Edades y Etapas: Un Cuestionario Completado por los Padres para Evaluar a los Niños*
Segunda Edición

Por Diane Bricker y Jane Squires

con la ayuda de **Linda Mounts, LaWanda Potter, Robert Nickel, Elizabeth Twombly, y Jane Farrell**

Copyright © 1999 por Paul H. Brookes Publishing Co.

◆ **27 Meses** ◆
Cuestionario

Por favor da la siguiente información.

Nombre del niño/a: _____

Fecha de nacimiento del niño/a: _____

Día de hoy: _____

Complete este cuestionario antes de: _____

Persona llenando este cuestionario: _____

¿Cuál es su relación con el niño/a? _____

Su teléfono: _____

Su dirección (para correspondencia): _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Haga una lista de cualquiera otra persona que le asista en el llenar de este cuestionario: _____

Programa de administración/proveedor: _____

*Translated from the English:
*Ages & Stages Questionnaires®: A Parent-Completed,
Child-Monitoring System, Second Edition, Bricker et al.*
© 1999 Paul H. Brookes Publishing Co.



SÍ A VECES TODAVÍA NO

MOVIMIENTOS AMPLIOS (continuación)

4. Sin apoyarse en ningún objeto, ¿sabe dar una patada a un balón moviendo la pierna hacia atrás y luego hacia adelante?



5. ¿Puede saltar hacia adelante al menos seis pulgadas con los dos pies juntos?



6. ¿Sabe subir escaleras poniendo un pie en cada escalón? (El pie izquierdo en un escalón y el derecho en el siguiente). Puede argarrarse de la barandilla o de la pared. (Mire esto en otros lugares. Puede ser en una tienda, en un parque de juegos o en casa.)



_____ *

TOTAL PARA MOVIMIENTOS AMPLIOS _____

**Si en los movimientos amplios marco el número 6 afirmativamente, marque el número 1 del mismo, afirmativamente también.*

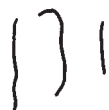
MOVIMIENTOS FINOS Intente hacer cada actividad con su niño/a.

1. ¿Intenta girar la mano al intentar abrir una puerta, dar cuerda a un juguete, jugar con un trompo o poner y quitar una tapa de un frasco?

2. ¿Sabe apagar y encender la luz?

3. Después de observarle a Ud. dibujar una línea de arriba abajo en una hoja de papel con un lápiz, una crayola o una pluma, pida a su niño/a que haga una línea como la suya. No le deje usar papel transparente o dibujar encima de la suya. ¿Hace lo que Ud. hizo, dibujando una línea vertical?

Marque afirmativamente



Marque negativamente



4. ¿Sabe colocar siete cubitos o juguetes unos encima de otros sin ayuda? (También puede usar carretes de hilo, cajitas, o juguetes que midan aproximadamente una pulgada o tres centímetros.)

5. ¿Sabe meter un cordón por el agujero de una bolita de madera o por los agujeros del zapato?



SÍ A VECES TODAVÍA NO

MOVIMIENTOS FINOS (continuación)

6. Después de observarle a Ud. dibujar una línea de un lado al otro de la hoja de papel, pida a su niño/a que haga una línea como la suya. No le deje usar papel transparente o dibujar encima de la suya. ¿Hace lo que Ud. hizo, dibujando una línea horizontal?

Marque afirmativamente



Marque negativamente



TOTAL PARA MOVIMIENTOS FINOS _____

RESOLUCIÓN de PROBLEMAS Intente hacer cada actividad con su niño/a.

1. ¿Juega con objetos dándole funciones distintas a las que realmente tienen? Por ejemplo, ¿agarra un vaso y se lo pone en la oreja jugando como si fuera un teléfono? ¿Se pone una caja en la cabeza jugando como si fuera un gorro? ¿Usa un cubito, palito u otro objeto para revolver a la comida jugando?

2. ¿Coloca las cosas en su sitio? Por ejemplo, ¿sabe que sus juguetes se colocan en un sitio determinado, que su cobija se pone en la cama y que los platos se ponen en la cocina?

3. Al mirarse al espejo, pregúntele: “¿dónde está _____?” (Use el nombre de su niño/a.) ¿Se señala en el espejo?

4. Si quiere algo que no alcanza, ¿Busca una silla o una caja para subirse y poderlo alcanzarlo?

5. Mientras su niño/a le observe, ponga cuatro objetos, como unos cubos o unos carritos, en línea recta. ¿Intenta imitarla poniendo al menos cuatro objetos en línea recta? (También puede usar carretes de hilo, unas cajitas u otros juguetes.)



6. Al señalarle esta figura y preguntarle “¿qué es?”, ¿responde con una palabra que haga referencia a una persona? Respuestas como “muñeco de nieve”, “niño”, “señor”, “niña”, “papá” son correctas.



Escriba la respuesta de su niño/a a continuación:

TOTAL PARA RESOLUCIÓN de PROBLEMAS _____

SOCIO-INDIVIDUAL Intente hacer cada actividad con su niño/a.

1. Si Ud. hace algunos de los siguientes gestos, ¿le intenta imitar al menos una vez?

- a. Abrir y cerrar la boca.
- b. Abrir y cerrar los ojos.
- c. Tirarse de la oreja.
- d. Tocarse la mejilla.

SOCIO-INDIVIDUAL <i>(continuación)</i>	SÍ	A VECES	TODAVÍA NO	___
2. ¿Come con un tenedor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
3. Al jugar con un mono de peluche o con una muñeca, ¿lo mece, le da de comer, le cambia los pañales, lo acuesta, etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
4. ¿Sabe empujar un carrito de compras o un cochecito de bebé o un carrito con ruedas evitando dar golpes a las cosas y salirse de un rincón si no puede girar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
5. ¿Se refiere a sí mismo/a llamándose "yo" más que por su propio nombre? Es decir, "yo pongo" en lugar de "Susana pone".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
6. ¿Sabe ponerse el abrigo, su chaqueta o su camisa sin ayuda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
TOTAL PARA SOCIO-INDIVIDUAL				___

GENERAL *Padres y proveedores pueden utilizar el reverso de la página.*

1. ¿Cree Ud. que su niño/a oye bien? Si contesta "No", explique: _____	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
2. ¿Cree Ud. que habla igual que los otros niños de su edad? Si contesta "No", explique: _____	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
3. ¿Puede entender casi todo lo que su niño/a le dice? Si contesta "No", explique: _____	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
4. ¿Cree Ud. que camina, corre y trepa igual que los otros niños de su edad? Si contesta "No", explique: _____	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
5. ¿Tiene cualquiera de los dos padres algún antecedente de familia con problemas de sordera durante la infancia o con cualquier otro tipo de deficiencia de los oídos? Si contesta "Sí", explique: _____	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
6. ¿Tiene Ud. alguna preocupación sobre la vista de su niño/a? Si contesta "Sí", explique: _____	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
7. ¿Ha tenido su niño/a algún problema médico en los últimos meses? Si contesta "Sí", explique: _____	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
8. ¿Hay algo de su niño/a que a Ud. le preocupe? Si contesta "Sí", explique: _____	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>