

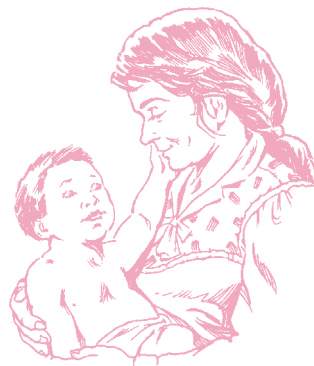
# **Edades y Etapas: Un Cuestionario Completado por los Padres para Evaluar a los Niños\*** **Segunda Edición**

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.

# ◆ **30 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.

◆ **30 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

**COMUNICACIÓN**      *Intente hacer cada actividad con su niño/a.*

1. Si Ud. le señala un dibujo de una pelota (gatito, vaso, gorro, etc.) y le dice "¿qué es?", ¿sabe decirle correctamente el nombre de al menos *uno* de los objetos?                   \_\_\_\_\_
  
2. Sin darle pistas o señas o usar gestos, ¿puede seguir al menos *tres* de las siguientes instrucciones?                   \_\_\_\_\_
  - a. "Pon el juguete en la mesa".      d. "Busca tu abrigo".
  - b. "Cierra la puerta".                      e. "Dame la mano".
  - c. "Tráeme una toalla".                      f. "Agarra tu libro".
  
3. Al decirle que señale la nariz, los ojos, el pelo, los pies, las orejas, etc., ¿puede al menos señalar *siete* partes del cuerpo? Puede señalarse en sí mismo, en Ud. o en una muñeca.                   \_\_\_\_\_
  
4. ¿Puede construir frases de tres o cuatro palabras?                   \_\_\_\_\_  
 Escriba un ejemplo:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
  
5. Sin darle pistas ni gestos, dígame: "Pon el zapato *encima de* la mesa" y "Pon el libro *debajo de* la silla". ¿Puede seguir las dos instrucciones correctamente?                   \_\_\_\_\_
  
6. Al mirar un libro de muchas fotografías o dibujos, ¿Puede su niño/a decirle lo que pasa en la fotografía o en el dibujo? Por ejemplo, Cuando Ud. le pregunta ¿Qué hace el perro (el niño)? El ladra, corro, llora o come.                   \_\_\_\_\_

TOTAL PARA COMUNICACIÓN \_\_\_\_\_

**MOVIMIENTOS AMPLIOS**      *Intente hacer cada actividad con su niño/a.*

1. ¿Sabe correr bastante bien, parándose sin darse golpes o caerse?                    \_\_\_\_\_
  
2. ¿Puede subir o bajar al menos dos escalones sin ayuda? Responda afirmativamente aunque necesite agarrarse de la pared o de la barandilla. (Mire esto en otros lugares. Puede ser en una tienda, en un parque de juegos o en casa.)                    \_\_\_\_\_
  
3. Sin apoyarse en ningún objeto, ¿sabe dar una patada a un balón, moviendo la pierna hacia atrás y luego hacia adelante?                    \_\_\_\_\_

SÍ A VECES TODAVÍA NO

**MOVIMIENTOS AMPLIOS** (continuación)

4. ¿Sabe saltar levantando los dos pies del suelo a la vez?



\_\_\_\_\_

5. ¿Sabe subir las escaleras poniendo un pie en cada escalón? (El pie izquierdo en un escalón y el derecho en el siguiente). Puede agarrarse 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.)



\_\_\_\_\_ \*

6. ¿Puede apoyarse en un solo pie por un segundo sin agarrarse de nada?



\_\_\_\_\_

TOTAL PARA MOVIMIENTOS AMPLIOS \_\_\_\_\_

\*Si en los movimientos amplios marco el número 5 afirmativamente, marque el número 2 del mismo, afirmativamente también.

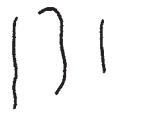
**MOVIMIENTOS FINOS** Intente hacer cada actividad con su niño/a.

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. 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



\_\_\_\_\_

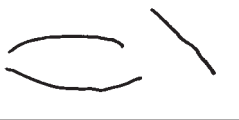
3. ¿Sabe meter un cordón por el agujero de una bolita de madera o por los agujeros del zapato?



\_\_\_\_\_

4. 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

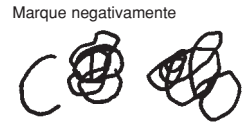
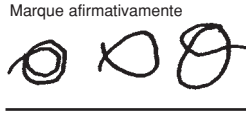


\_\_\_\_\_

SÍ A VECES TODAVÍA NO

**MOVIMIENTOS FINOS** (continuación)

5. Después de observarle a Ud. dibujar un solo círculo, pida su niño/a que dibuje un círculo como el suyo. No le deje usar papel transparente o dibujar encima del suyo. ¿Hace lo que Ud. hizo, dibujando un círculo?



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. ¿Sabe pasar las hojas de un libro una por una?

TOTAL PARA MOVIMIENTOS FINOS

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

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

4. 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.



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Escriba la respuesta de su niño/a a continuación:

\_\_\_\_\_

5. Al decirle: “Di siete tres”, ¿sabe repetir *sólo* los dos números en el orden correcto? No repita los números. Si es necesario, intente otro par de números y diga: “Di ocho dos”. Sólo es necesario que el niño repita uno de los dos pares de números para que Ud. pueda responder afirmativamente a la pregunta.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

6. Después de hacer un dibujo o un garabato, ¿le cuenta su hijo lo que acaba de dibujar? Ud. le puede decir “Cuéntame sobre tu dibujo” o preguntar “¿Qué es?”

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

TOTAL PARA RESOLUCIÓN de PROBLEMAS

SÍ      A VECES      TODAVÍA NO

**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?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| a. Abrir y cerrar la boca.              c. Tirarse de la oreja.   |                          |                          |                          |     |
| b. Abrir y cerrar los ojos.             d. Tocarse la mejilla.  |                          |                          |                          |     |
| 2. ¿Sabe meterse la cuchara en la boca sin que normalmente se le caiga la comida?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 3. ¿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"/> | ___ |
| 4. ¿Sabe ponerse el abrigo, su chaqueta o su camisa sin ayuda?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 5. Después de meterle los pantalones por los pies, ¿se los sube hasta la cintura?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 6. Al mirarse su niño/a en espejo y Ud. le pregunta: "¿Quién está ahí?", ¿contesta "yo" o dice su nombre?   | <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?  | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Si contesta "No", explique: _____   |                             |                             |
| 2. ¿Cree Ud. que habla igual que los otros niños de su edad?  | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Si contesta "No", explique: _____   |                             |                             |
| 3. ¿Puede Ud. entender casi todo lo que su niño/a le dice?  | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Si contesta "No", explique: _____   |                             |                             |
| 4. ¿Cree Ud. que camina, corre y trepa igual que los otros niños de su edad?  | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Si contesta "No", explique: _____   |                             |                             |
| 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? | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Si contesta "Sí", explique: _____   |                             |                             |
| 6. ¿Tiene Ud. alguna preocupación sobre la vista de su niño/a?  | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Si contesta "Sí", explique: _____   |                             |                             |
| 7. ¿Ha tenido su niño/a algún problema médico en los últimos meses?   | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Si contesta "Sí", explique: _____   |                             |                             |
| 8. ¿Hay algo de su niño/a que a Ud. le preocupe?  | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Si contesta "Sí", explique: _____   |                             |                             |