

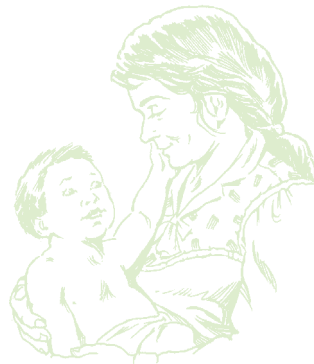
# **Edades y Etapas: Un Cuestionario Completado por los Padres para Evaluar a los Niños\*** **Segunda Edición**

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.

# ◆ **33 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.

## ◆ **33 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. Cuando le pide a su niño/a que apunte a la nariz, al pelo, a los piés, a las orejas, etc., ¿puede apuntar a por lo menos <i>siete</i> partes del cuerpo? Puede señalarse en sí mismo, en Ud. o en una muñeca.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 2. ¿Puede construir frases de tres o cuatro palabras?<br>Escriba un ejemplo:<br><br>_____<br><br>_____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 3. Sin darle pistas ni gestos, dígame: “Pon el zapato <i>encima de</i> la mesa” y “Pon el libro <i>debajo de</i> la silla”. ¿Puede seguir las dos instrucciones correctamente?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 4. 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.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 5. Enseñe a su niño/a como el cierre de un abrigo sube y baja. Dígame: “Mira esto sube y baja.” Ponga el cierre en el centro y pídale que lo baje. Ponga el cierre en el centro otra vez y pídale que lo suba. Repita esto varias veces antes de pedirle que lo haga solo/a. ¿Siempre sube el cierre cuando Ud. le dice “súbelo” y siempre lo baja al decirle “bájalo”? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 6. Al preguntarle: ¿cómo te llamas?”, ¿responde con su nombre y apellido?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| TOTAL PARA COMUNICACIÓN   |                          |                          |                          | _____ |

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

- |  |   |                          |                          |                          |       |
|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| 1. ¿Sabe correr bastante bien, parándose sin darse golpes o caerse?  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 2. Sin apoyarse en ningún objeto, ¿sabe dar una patada a un balón moviendo la pierna hacia atrás y luego hacia adelante? |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 3. ¿Sabe saltar levantando los dos pies del suelo a la misma vez?  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

SÍ A VECES TODAVÍA NO

**MOVIMIENTOS AMPLIOS** (continuación)

4. ¿Sabe subir las escaleras poniendo un pie en cada escalón? (El pie izquierdo en un escalón y el derecho en el siguiente). Se permite que se apoye en la barandilla o en la pared. (Mire esto en otros lugares. Puede ser en una tienda, en un pargue de juegos o en casa.)



\_\_\_\_\_

5. ¿Puede pararse en un solo pie por un segundo sin agarrarse de nada?



\_\_\_\_\_

6. Al estar de pie ¿sabe tirar una pelota al frente, levantando el brazo a la altura del hombro? (No lo cuente si deja caer la pelota o tira la pelota desde la altura de la cintura.)



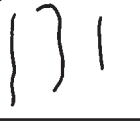
\_\_\_\_\_

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

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

1. 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 le que haga una línea como la suya. No le deje dibujar encima de la suya. ¿Hace lo que hizo Ud., dibujando una línea vertical?

Marque afirmativamente



Marque negativamente



\_\_\_\_\_

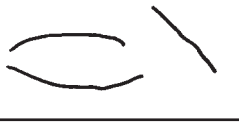
2. ¿Sabe meter un cordón por el agujero de una bolita de madera o por los agujero del zapato?



\_\_\_\_\_

3. 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

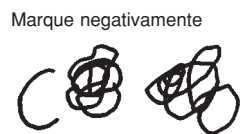
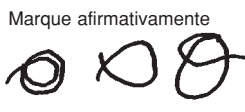


\_\_\_\_\_

SÍ A VECES TODAVÍA NO

**MOVIMIENTOS FINOS** (continuación)

4. Después de observarle a Ud. dibujar un solo círculo, pida a 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?



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

6. ¿Intenta cortar papel con las tijeras (que no son peligrosas para niños)? (No es necesario que llegue a cortar el papel, pero sí debe saber abrirlas y cerrarlas mientras que agarra el papel con la otra mano. Ud. puede enseñarle cómo se usan las tijeras.)



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?

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



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

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.



Escriba la respuesta de su niño/a a continuación:

\_\_\_\_\_

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

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?”

TOTAL PARA RESOLUCIÓN de PROBLEMAS

SÍ      A VECES      TODAVÍA NO

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

- |   |                          |                          |                          |     |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 1. ¿Sabe meterse la cuchara en la boca sin que normalmente se le caiga la comida?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 2. ¿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"/> | ___ |
| 3. ¿Sabe ponerse el abrigo, su chaqueta o su camisa sin ayuda?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 4. Después de meterle los pantalones por los pies, ¿se los sube hasta la cintura?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 5. Al mirarse su niño/a en el espejo y Ud. le pregunta: “¿Quién está ahí?”, ¿contesta “yo” o dice su nombre?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 6. Hágale la siguiente pregunta empleando estas mismas palabras: “¿eres una niña o un niño?” ¿Sabe responder correctamente?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| <b>TOTAL PARA SOCIO-INDIVIDUAL</b>  |                          |                          |                          | ___ |

**GENERAL**      *Padres y proveedores pueden utilizar el reverso para comentarios adicionales.*

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 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 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: _____   |                             |                             |