

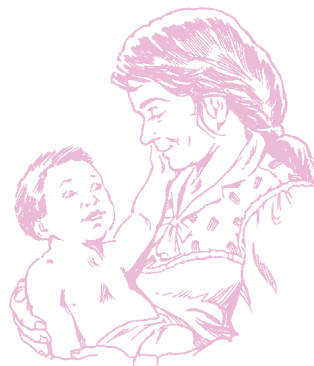
# **Edades y Etapas: Un Cuestionario Completado por los Padres para Evaluar a los Niños\*** **Segunda Edición**

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.

# ◆ **42 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.

◆ **42 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. Sin darle pistas ni señas, dígame: “Pon el zapato <i>encima de</i> la mesa” y “Pon el libro <i>debajo de</i> la silla”. ¿Sigue estas instrucciones correctamente?                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 2. Al mirar un libro de muchas fotografías o dibujos, ¿Su niño/a le dice lo que pasa en la fotografía o en el dibujo? Por ejemplo, “Ladra”, “Corre”, “Come” o “Llora”. Si Ud. le preguntarle, “¿que hace el perro (o el niño)?”                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 3. 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"/> | ___ |
| 4. Al preguntarle: ¿cómo te llamas?”, ¿responde con su nombre y apellido?                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 5. Sin darle señas y sin repetir, ¿Sigue su niño/a 3 instrucciones completamente diferentes? Por ejemplo, Ud. le dice “Aplauda con las manos, camina hasta la puerta y siéntate.”                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 6. ¿Usa palabras como “un”, “el”, “la”, “soy”, “es”, “esta” y “son” para hacer frases completas, como “yo soy un niño” o “¿Dónde está el juguete?”?                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| <b>TOTAL PARA COMUNICACIÓN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                          | ___ |

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

- |                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     |                          |                          |                          |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 1. ¿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 parque de juegos o en casa.) |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 2. ¿Puede pararse en un solo pie por un segundo sin agarrarse de nada?                                                                                                                                                                                                        |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 3. 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.)                                                                                        |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |

SÍ A VECES TODAVÍA NO

**MOVIMIENTOS AMPLIOS** (continuación)

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



\_\_\_\_\_

5. Cuando le tira una pelota grande, ¿la agarra su niño/a con las *dos* manos? Ud. debe situarse cinco pies (1.5 metros) de su hijo y darle 2 o 3 tentativas.



\_\_\_\_\_

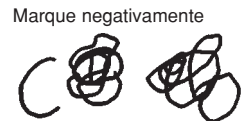
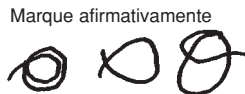
6. ¿Sube al menos 2-3 escalones de una escalera de construcción o madera, como una escalera de la canal (u otro juego) en el parque de juegos?

\_\_\_\_\_

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

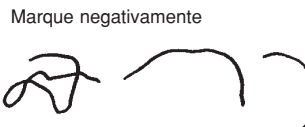
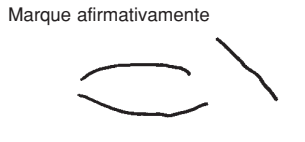
**MOVIMIENTOS FINOS** Intente hacer cada actividad con su niño/a.

1. Después de observarle a Ud. dibujar un solo círculo, pídale que dibuje un círculo como el suyo. No le deje dibujar encima del suyo. ¿Hace lo que hizo Ud., dibujando un círculo?



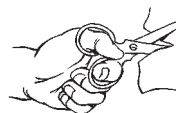
\_\_\_\_\_

2. Después de observarle a Ud. dibujar una línea de un lado al otro de la hoja de papel, pídale que haga una línea como la suya. No le deje dibujar encima de la suya. ¿Hace lo que hizo Ud., dibujando una línea horizontal?



\_\_\_\_\_

3. ¿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.)




\_\_\_\_\_

SÍ A VECES TODAVÍA NO

**MOVIMIENTOS FINOS** (continuación)


4. Al hacer un dibujo, ¿Agarra el lápiz, un creyón o la pluma entre los dedos como lo hace un adulto?     \_\_\_\_\_

5. ¿Hace un rompecabezas de 6 pedazos que traban? (Si Ud. no tiene disponible un rompecabezas, tome una fotografía grande de una revista y córtela en 6 pedazos.) ¿La junta otra vez?    \_\_\_\_\_


6. Usando la figura a la derecha para mirar, ¿puede su niño/a copiarla en una hoja de papel grande con un lápiz o un creyón, sin trazarla? El dibujo de su niño/a debe verse como el diseño de la figura, excepto puede ser de tamaño diferente.     \_\_\_\_\_

TOTAL PARA MOVIMIENTOS FINOS \_\_\_\_\_


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

1. 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” o “papá” son correctas.     \_\_\_\_\_  
Escriba la respuesta a continuación:  
\_\_\_\_\_

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

3. Enséñele a hacer un puente con cubos, cajas o latas como el del dibujo. ¿Sabe copiarle?     \_\_\_\_\_

4. Al decirle: “ Di cinco ocho tres”, ¿sabe repetir *solamente* los tres números en el orden correcto? No repita los números. Si es necesario, intente otra serie de números y diga: “Di seis nueve dos”. Solamente es necesario que el niño repita al menos *una* de las dos series de números para que Ud. pueda responder afirmativamente a la pregunta.    \_\_\_\_\_

5. Si Ud. le pregunta, “¿Cuál círculo es el más pequeño?”, ¿apunta su niño/a al círculo correcto? Haga esta pregunta *sin* ayudarle por apuntar, mirar o hacer un ademán hacia el círculo correcto.     \_\_\_\_\_

SÍ      A VECES      TODAVÍA NO

**RESOLUCIÓN de PROBLEMAS**      *(continuación)*

6. ¿Si disfraza y actúa fingiendo ser alguien o algo diferente? Por ejemplo, se viste de ropa diferente y finge ser mamá, papá, hermano o hermana, o cualquier otra animal o figura imaginario?                        \_\_\_\_\_

TOTAL PARA RESOLUCIÓN de PROBLEMAS      \_\_\_\_\_

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

1. ¿Al mirarse su niño/a en el espejo y al preguntarle Ud.: “¿Quién está en el espejo?”, ¿Contesta “yo” o dice su nombre?                        \_\_\_\_\_
2. ¿Sabe ponerse el abrigo, su chaqueta o su camisa sin ayuda?                        \_\_\_\_\_
3. Hágale la siguiente pregunta empleando estas mismas palabras: “¿eres una niña o un niño?” ¿Sabe responder correctamente?                        \_\_\_\_\_
4. ¿Sabe respetar el turno de otro niño o de un adulto?                        \_\_\_\_\_
5. ¿Se sirve comida de un recipiente a otro usando utensilios? Por ejemplo, ¿Puede usar una cuchara grande para sacar puré de manzana de un recipiente a un plato hondo?                        \_\_\_\_\_
6. Sin darle señas, sigue 3 instrucciones diferentes usando las palabras “debajo,” “entre” y “en el centro”? Por ejemplo, pídale que ponga un libro “debajo” del sofá. Luego, pídale que ponga la pelota “entre” las sillas y el zapato “en el centro” de la mesa.                        \_\_\_\_\_

TOTAL PARA SOCIO-INDIVIDUAL      \_\_\_\_\_

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

1. ¿Cree Ud. que su niño/a oye bien?      Sí       NO   
Si contesta “No”, explique: \_\_\_\_\_
2. ¿Cree Ud. que habla igual que los otros niños de su edad?      Sí       NO   
Si contesta “No”, explique: \_\_\_\_\_
3. ¿Puede Ud. entender casi todo lo que su niño/a le dice?      Sí       NO   
Si contesta “No”, explique: \_\_\_\_\_
4. ¿Cree Ud. que camina, corre y trepa igual que los otros niños de su edad?      Sí       NO   
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       NO   
Si contesta “Sí”, explique: \_\_\_\_\_
6. ¿Tiene Ud. alguna preocupación sobre la vista de su niño/a?      Sí       NO   
Si contesta “Sí”, explique: \_\_\_\_\_

**GENERAL** (continuación)

7. ¿Ha tenido su niño/a algún problema médico en los últimos meses?

SÍ  NO

Si contesta "Sí", explique: \_\_\_\_\_

8. ¿Hay algo de su niño/a que a Ud. le preocupe?

SÍ  NO

Si contesta "Sí", explique: \_\_\_\_\_