

# **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.

# ◆ **54 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.

## ◆ **54 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. ¿Le dice su niño/a al menos dos características de objetos ordinarios? Por ejemplo, al decirle “Describe tu pelota”, su niño/a dice, “Es redonda.”, “La tiro.”, “Es grande,” etc.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 2. ¿Usa palabras como “el”, “la”, “soy”, “es”, “está” 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"/> | _____ |
| 3. ¿Usa al final de las palabras la “s”, la “é”, la “í” o finales como “ando” y “iendo”? Por ejemplo, ¿Dice su hijo, “Yo veo dos gatos”, “Yo estoy jugando” o “Yo tiré la pelota”?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 4. Sin darle señas y sin repetir, ¿sigue su niño/a tres instrucciones completamente diferentes? Déle las tres instrucciones juntas antes de que empiece. Por ejemplo, pídale a su niño/a: “Aplauda, camina hacia la puerta y siéntate.” O “Dáme el lápiz, abre el libro y párate.”  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 5. ¿Usa su niño/a oraciones de cuatro y cinco palabras? Por ejemplo, ¿dice su niño/a “Yo quiero el auto”?<br>Escriba un ejemplo de una oración de 4–5 palabras que su niño/a dice:<br><br>_____<br><br>_____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 6. Al hablar de algo que ya ha pasado, ¿usa su niño/a el tiempo pasado de los verbos? Por ejemplo, ¿dice “Habló por teléfono”; “Fui a la tienda”; o “Jugué con la muñeca”? Hágale preguntas a su niño/a, como “¿Cómo fuiste a la tienda?” (“Caminé”); “¿Qué hicieron tus amigos?” (“Jugaron a los naipes”).<br>Escriba un ejemplo:<br><br>_____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

TOTAL PARA COMUNICACIÓN \_\_\_\_\_

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

- |  |                          |                          |                          |       |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| 1. ¿Brinca verticalmente usando cualquiera de los dos pies al menos una vez sin caerse o perder su equilibrio?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 2. Al estar de pie, ¿sabe tirar una pelota al frente levantando el brazo a la altura del hombro y tirándola al menos una distancia de 6 pies (2 metros)? (No conteste “Sí” si deja caer la pelota, suelta la pelota o tira la pelota desde la altura de la cintura.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 3. ¿Brinca una distancia de 20 pulgadas (o un medio metro) desde una posición de pie?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |



SÍ A VECES TODAVÍA NO

**MOVIMIENTOS AMPLIOS** (continuación)

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



\_\_\_\_\_

5. Sin apoyarse en ningún objeto, ¿Se para en un sólo pie al menos por 5 segundos sin perder su equilibrio ni usar el otro pie para apoyarse?



\_\_\_\_\_

6. ¿Puede su niño/a andar de puntillas una distancia de 15 pies (aproximadamente la longitud de un auto)? Ud. puede demostrarle cómo.

\_\_\_\_\_

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

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

1. ¿Mirando las figuras de abajo, copia al menos 3 de las figuras en un papel grande con un lápiz o un creyón sin usar papel transparente o dibujar encima de las figuras? (Los dibujos deben parecerse al diseño de las figuras de abajo, aunque sean de un tamaño diferente.)

\_\_\_\_\_



2. ¿Abotona al menos un botón? Puede usar su propia ropa o la ropa de una muñeca.

\_\_\_\_\_

3. ¿Colorea mayormente dentro de las orillas en un libro de colorear? (No debe de salirse más de ¼ de una pulgada (o un centímetro) fuera de las orillas en la mayor parte del dibujo.)

\_\_\_\_\_

4. Pídale a su niño/a que siga la línea de abajo con un lápiz. ¿Puede trazar la línea sin salirse de la otra línea más de dos veces? Marque "a veces" si su niño/a se sale de la línea tres veces.

\_\_\_\_\_

5. Pida a su niño/a que dibuje un dibujo de una persona. Ud. puede pedirle a su niño/a, "Dibújame un dibujo de un chico o una chica." Si su niño/a dibuja una persona con cabeza, cuerpo, brazos y piernas, marque "sí." Si su niño/a dibuja una persona con solamente tres partes (cabeza, cuerpo, brazos o piernas), marque "a veces." Si su niño/a dibuja una persona con dos partes o menos, marque "todavía no." Pídale al niño dibujar una persona en un papel en blanco. Al fin, no se olvide de sujetar el dibujo de su niño al cuestionario.

\_\_\_\_\_

SÍ A VECES TODAVÍA NO

**MOVIMIENTOS FINOS** (continuación)

6. Dibuje una línea en una hoja de papel. Usando tijeras apropiadas para niño/a, ¿puede su niño/a cortar el papel en dos partes, en (más o menos) una línea recta, haciendo que las tijeras se abran y se cierren? Déle a su niño/a tiempo para practicar si no ha usado tijeras antes. (Por razones de seguridad, mire a su niño/a cuidadosamente mientras lo intenta.)



\_\_\_\_\_

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

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

1. Al mostrarle un objeto y preguntarle “¿De qué color es esto?”, ¿Dice los nombres de 5 colores diferentes, como rojo, azul, amarillo, anaranjado, negro, blanco, o rosado? Conteste “Sí” solamente si contesta correctamente 5 colores.
2. ¿Se 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 otro animal o figura imaginario?
3. Si Ud. pone cuatro objetos delante de su niño/a ¿puede contarlos diciendo “uno, dos, tres, cuatro” en el orden correcto? Haga esta pregunta sin ayudar o dar señas o diciendo los nombres de los objetos.
4. Si Ud. le pregunta “¿Cuál círculo es más pequeño”, ¿apunta su niño/a al círculo mas pequeño? Haga la pregunta sin darle señas (apuntar, hacer un ademán o mirar al círculo más pequeño.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



5. ¿Puede su niño/a contar hasta 15 sin hacer errores? Si puede hacerlo, marque “sí.” Si cuenta hasta 12 sin errores, marque “a veces.”
6. ¿Sabe su niño/a los nombres de los números? Marque “sí” si puede identificar a los tres números de abajo. Marque “a veces” si puede identificar a dos números.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3                      1                      2

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

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

1. ¿Se lava su niño/a las manos y cara con jabón y agua y se seca con una toalla sin ayuda?
2. ¿Le dice su niño/a los nombres de al menos dos compañeros de juego, sin incluir a los hermanos. Haga esta pregunta sin ayudar sugiriendo los nombres de compañeros de juegos o amigos.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SÍ      A VECES      TODAVÍA NO

**SOCIO-INDIVIDUAL**      *(continuación)*

3. ¿Se limpia los dientes poniendo pasta de dientes en el cepillo y cepillando todos los dientes sin ayuda? Puede ser que Ud. todavía necesite examinar y cepillar de nuevo los dientes.                        \_\_\_\_\_
4. ¿Puede su niño/a servirse, usando una cuchara o un tenedor grande? Por ejemplo, ¿puede usar una cuchara grande para sacar puré de manzana de una jarra y ponerla en un tazón?                        \_\_\_\_\_
5. ¿Puede su niño/a decirle por lo menos 4 de los siguientes datos? Haga un círculo alrededor de los que su niño/a conoce.                        \_\_\_\_\_
- a. Nombre      d. Apellido  
b. Edad      e. Si es niño o niña  
c. Ciudad en que vive      f. Número de teléfono
6. ¿Se viste y se desviste su niño/a sólo, abotonando botones de tamaño mediano y subiéndolo el cierre?                        \_\_\_\_\_

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

**GENERAL**      *Padres y proveedores pueden utilizar el resto de esta página y 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: \_\_\_\_\_
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: \_\_\_\_\_