

# **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*

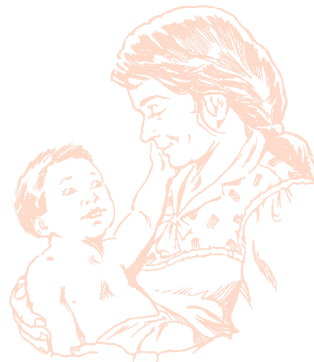
Copyright © 1999 por Paul H. Brookes Publishing Co.

# **60 Meses ♦ 5 Años**

---

# **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.

# 60 Meses ♦ 5 Años

## 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 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 con las manos, camina hacia la puerta y siéntate.” O “Dáme el lápiz, abre el libro y párate.”                   \_\_\_\_\_

2. ¿Usa su niño/a oraciones de cuatro y cinco palabras? Por ejemplo, ¿dice su niño/a “Yo quiero el auto.”?                   \_\_\_\_\_  
Escriba un ejemplo de una oración de 4–5 palabras que su niño/a dice:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. 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”).                   \_\_\_\_\_  
Escriba un ejemplo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. ¿Usa su niño/a palabras comparativas, como “el más pesado”, “más fuerte que” y “más bajo que”? Hágale preguntas a su niño/a, como “Un auto es grande, pero un autobús es \_\_\_\_\_” (más grande); “el papá es viejo, pero el abuelo es aún \_\_\_\_\_” (mayor); “un televisor es pequeño, pero un libro es \_\_\_\_\_” (más pequeño).                   \_\_\_\_\_  
Escriba un ejemplo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. ¿Puede su niño/a responder a las siguientes preguntas?  
a. “¿Qué haces cuando tienes hambre?”  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Escriba la respuesta de su niño/a. Respuestas aceptables incluyen “Busco comida”, “Como algo”, “Le pido algo que comer a mi mamá” o “Como un bocado”.)

b. “¿Qué haces cuando estás cansado?”  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Marque “a veces” si su niño/a responde a solamente una pregunta.                   \_\_\_\_\_

**COMUNICACIÓN** (continuación)

(Escriba la respuesta de su niño/a. Respuestas aceptables incluyen "Duermo una siesta", "Descanso", "Me voy a dormir", "Me acuesto" y "Me siento.")


6. ¿Puede su niño/a repetir las siguientes frases, sin errores? Ud. puede repetir cada frase una vez. Marque "sí" si su niño/a repite ambas frases sin errores o "a veces" si su niño/a repite una frase sin errores.    \_\_\_\_\_


Jaunita esconde sus zapatos para que María los encuentre.


Miguel leyó el libro azul debajo de la cama.

TOTAL PARA COMUNICACIÓN \_\_\_\_\_

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

1. 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.)     \_\_\_\_\_

2. ¿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.     \_\_\_\_\_

3. 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?     \_\_\_\_\_

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

5. ¿Puede su niño/a saltar con un pie una distancia de 4-6 pies sin plantar el otro pie? Déle dos o tres oportunidades con cada pie. Marque "a veces" si puede saltar con solamente un pie, y no con el otro.    \_\_\_\_\_

6. ¿Puede su niño/a brincar usando los pies alternadamente? Ud. puede demostrarle cómo.    \_\_\_\_\_

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

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

1. 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.    \_\_\_\_\_

**MOVIMIENTOS FINOS** (continuación)

2. 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 final, no se olvide de sujetar el dibujo de su niño al cuestionario.

\_\_\_\_\_

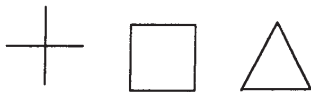
3. Dibuje una línea en una hoja de papel. Usando tijeras apropiadas para niño/a, ¿puede su niño/a cortar el papel en dos partes, en (más o menos) una línea recta, haciendo que las tijeras se abran y se cierren? Déle a su niño/a tiempo para practicar si no ha usado tijeras antes. (Por razones de seguridad,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



\_\_\_\_\_

4. Usando las siguientes figuras como modelos, ¿puede su niño/a copiar las figuras en el espacio abajo sin trazarlas? Sus dibujos deben parecerse a los modelos, aunque pueden ser de diferentes tamaños. Marque "sí" si puede copiar las tres figuras; marque "a veces" si puede copiar solamente dos.

\_\_\_\_\_



(Copie las figuras aquí.)

5. Usando las siguientes letras como modelos, ¿puede su niño/a copiar las letras sin trazarlas? Cubra todas las letras menos la letra que está copiando. Marque "sí" si su niño/a puede copiar 4 de las letras y Ud. puede leerlas. Marque "a veces" si puede copiar 2 o 3 letras y Ud. puede leerlas.

\_\_\_\_\_

V H T C A

(Copie las letras aquí.)

SÍ      A VECES      TODAVÍA NO

**MOVIMIENTOS FINOS**      *(continuación)*

6. Escriba (con letras de imprenta) el nombre de su niño/a. ¿Puede copiar las letras? Las letras pueden ser de diferentes tamaños, al revés o invertidas. Marque "a veces" si su niño/a copia más o menos la mitad de las letras.

                 \_\_\_\_\_

(Espacio para la letra del adulto.)

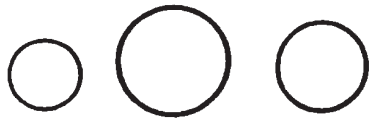
(Espacio para la letra del niño/a.)

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

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

1. 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.)

                 \_\_\_\_\_



2. Cuando Ud. le pregunta los colores de diferentes cosas, ¿puede su niño/a nombrar por lo menos 5 colores, como rojo, azul, amarillo, anaranjado, negro, blanco o rosado? Marque "sí" solamente si su niño/a puede decirle cinco colores.

                 \_\_\_\_\_

3. ¿Puede su niño/a contar hasta 15 sin hacer errores? Si puede hacerlo, marque "sí." Si cuenta hasta 12 sin errores, marque "a veces."

                 \_\_\_\_\_

**RESOLUCIÓN de PROBLEMAS** (continuación)

4. ¿Puede su niño/a completar las siguientes oraciones usando una palabra que es el opuesto de la palabra que está subrayada? Por ejemplo: "Una piedra es dura, y una almohada es \_\_\_" (suave).

Escriba las respuestas de su niño/a abajo:

Una vaca es *grande*, y un ratón es \_\_\_.

El hielo es *frío*, y el fuego es \_\_\_.

Vemos las estrellas en la *noche*, y vemos el sol en el \_\_\_.

Cuando tiro una pelota *hacia arriba*, se cae \_\_\_.

Marque "sí" si puede completar 3 de 4 oraciones correctamente. Si completa 2 oraciones, marque "a veces."

\_\_\_

5. ¿Sabe su niño/a los nombres de los números? Marque "sí" si puede identificar a los tres números abajo. Marque "a veces" si puede identificar a dos números.

\_\_\_

3                      1                      2

6. ¿Puede su niño/a nombrar por lo menos 4 letras en su nombre? Apunte a las letras y pida, "¿Qué letra es ésta?" Apunte a las letras *perono* en orden.

\_\_\_

TOTAL PARA RESOLUCIÓN de PROBLEMAS \_\_\_

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

1. ¿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?

\_\_\_

2. ¿Se lava su niño/a las manos y cara con jabón y agua y se seca con una toalla sin ayuda?

\_\_\_

3. ¿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

4. ¿Se viste y se desviste su niño/a sólo, abotonando botones de tamaño mediano y subiendo el cierre?

\_\_\_

5. ¿Puede su niño/a ir al baño solo? (Esto incluye ir al baño, sentarse en el retrete, limpiarse y apretar el botón del inodoro.) Marque "sí" aún si lo hace despues de que Ud. se lo recuerda.

\_\_\_

SÍ      A VECES      TODAVÍA NO

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

6. ¿Su niño/a usualmente comparte cosas con otras niño/as y espera su turno en actividades con otros?                        \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_