



Ages & Stages Questionnaires®

1 mes 0 días a 2 meses 30 días

Cuestionario de 2 meses

Favor de proveer los siguientes datos. Al completar este formulario, use solamente una pluma de tinta negra o azul y escriba legiblemente con letra de molde.



Fecha en que se completó el cuestionario: _____

Información del bebé

Nombre del bebé: _____ Inicial de su segundo nombre: _____ Apellido(s) del bebé: _____

Fecha de nacimiento del bebé: _____ Para bebés prematuros, si el parto ocurrió 3 semanas o más antes de la fecha proyectada, # de semanas que se adelantó: _____ Sexo del bebé: Masculino Femenino

Información de la persona que está llenando este cuestionario

Nombre: _____ Inicial de su segundo nombre: _____ Apellido(s): _____

Dirección: _____ Parentesco con el bebé: Padre/madre Tutor Maestro/a Educador/a o asistente de preescolar Abuelo/a u otro pariente Madre/padre de acogida Otro/a: _____

Ciudad: _____ Estado/Provincia: _____ Código postal: _____

País: _____ # de teléfono de casa: _____ Otro # de teléfono: _____

Su dirección electrónica: _____

Los nombres de las personas que le están ayudando a llenar este cuestionario: _____

Información del programa

de identificación del bebé: _____ Edad al realizar la evaluación ASQ, en meses y días: _____

de identificación del programa: _____ Si es bebé prematuro/a, edad ajustada, en meses y días: _____

Nombre del programa: _____



En las siguientes páginas Ud. encontrará una serie de preguntas sobre diferentes actividades que generalmente hacen los bebés. Puede ser que su bebé ya pueda hacer algunas de estas actividades, y que todavía no haya realizado otras. Después de leer cada pregunta, por favor marque la respuesta que indique si su bebé hace la actividad regularmente, a veces, o todavía no.

Puntos que hay que recordar:

- Asegúrese de intentar cada actividad con su bebé antes de contestar las preguntas.
- Complete el cuestionario haciendo las actividades con su bebé como si fueran un juego divertido.
- Asegúrese de que su bebé haya descansado y comido.
- Por favor, devuelva este cuestionario antes de esta fecha: _____.

Notas:

COMUNICACION

	SI	A VECES	TODAVIA NO	_____
1. ¿Algunas veces su bebé produce balbuceos o sonidos suaves con la garganta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
2. ¿Su bebé hace vocalizaciones o sonidos como "guuu"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
3. Cuando Ud. le habla a su bebé, ¿responde con sonidos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
4. ¿Su bebé sonríe cuando Ud. le habla?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
5. ¿Su bebé se ríe haciendo sonidos, como produciendo una suave carcajada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
6. Cuando Ud. regresa después de haberse ausentado brevemente, ¿su bebé sonríe o muestra emoción al verlo/la?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

TOTAL EN COMUNICACION _____

MOTORA GRUESA

	SI	A VECES	TODAVIA NO	_____
1. Cuando su bebé está acostado boca arriba, ¿mueve el cuerpo, los brazos y las piernas (arquea, retuerce el cuerpo, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
2. Cuando su bebé está acostada boca abajo, ¿gira la cabeza hacia el lado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
3. Cuando su bebé está boca abajo, ¿mantiene su cabeza levantada por algunos segundos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
4. Cuando su bebé está boca arriba, ¿mueve sus piernas como pateando?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
5. Cuando su bebé está acostado boca arriba, ¿mueve la cabeza de un lado para otro?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
6. Después de mantener la cabeza levantada al estar boca abajo, ¿su bebé la baja lentamente al suelo, en vez de dejarla caer hacia adelante?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

TOTAL EN MOTORA GRUESA _____

MOTORA FINA

- | | SI | A VECES | TODAVIA NO | _____ |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------|
| 1. Cuando está despierta, ¿su bebé usualmente tiene las manos cerradas?
<i>(Si antes las mantenía cerradas, pero ahora las abre, marque "sí".)</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 2. Cuando Ud. toca con su dedo la palma de la mano de su bebé, ¿le agarra el dedo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 3. Cuando Ud. pone un juguete en la mano de su bebé, ¿lo sostiene por algunos instantes? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 4. ¿Su bebé toca su propia cara con sus manos? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 5. Cuando está despierto, ¿su bebé mantiene las manos abiertas, al menos parcialmente (en vez de tenerlas cerradas en puño, como cuando era recién nacido)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____* |
| 6. ¿Su bebé intenta agarrar o jalar su propia ropa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |



TOTAL EN MOTORA FINA _____

**Si marcó "sí" en la pregunta 5, marque "sí" en la pregunta 1 también.*


RESOLUCION DE PROBLEMAS

- | | SI | A VECES | TODAVIA NO | _____ |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| 1. ¿Su bebé mira objetos que están a una distancia de 8 a 10 pulgadas (18-25 centímetros)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 2. ¿Su bebé lo/la sigue con la mirada cuando Ud. se mueve alrededor de ella? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 3. Al mover lentamente un juguete pequeño de izquierda a derecha enfrente de la cara de su bebé (a unas 10 pulgadas, o 25 centímetros, de distancia), ¿lo sigue con los ojos o a veces gira la cabeza para seguirlo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 4. Al mover lentamente un juguete pequeño de arriba a abajo enfrente de la cara de su bebé (a unas 10 pulgadas, o 25 centímetros, de distancia), ¿lo sigue con los ojos? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 5. Al sentar a su bebé en su regazo, ¿presta atención a un juguete (del tamaño de una taza o de una sonaja) colocado en una mesa o en el suelo enfrente de él? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 6. Cuando su bebé está acostada boca arriba y Ud. le enseña un juguete, haciéndolo oscilar, ¿alza los brazos y los mueve hacia el juguete? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |



TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS _____

SOCIO-INDIVIDUAL

	SI	A VECES	TODAVIA NO	___
1. ¿Algunas veces intenta succionar su bebé, incluso cuando no se está alimentando?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
2. Su bebé llora cuando está molesto, húmedo, o cansado o cuando desea que lo carguen en brazos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
3. ¿Su bebé le sonríe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
4. Cuando Ud. le sonríe a su bebé, ¿le responde con una sonrisa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
5. ¿Su bebé mira sus propias manos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
				
6. Cuando su bebé ve el pecho o el biberón, ¿parece saber que le van a dar de comer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
TOTAL EN SOCIO-INDIVIDUAL				___

OBSERVACIONES GENERALES

Los padres y proveedores pueden utilizar el espacio después de cada pregunta para hacer comentarios adicionales.

1. ¿Los resultados de la evaluación auditiva indicaron que su bebé oye bien? Si contesta "no", explique: SI NO

2. ¿Su bebé mueve ambos brazos y ambas piernas igualmente bien? Si contesta "no", explique: SI NO

3. ¿Tiene algún familiar con historia de sordera o cualquier otro impedimento auditivo? Si contesta "si", explique: SI NO

OBSERVACIONES GENERALES (continuación)

4. ¿Ha tenido su bebé problemas de salud? Si contesta "sí", explique:

 SÍ NO

5. ¿Tiene alguna preocupación sobre el comportamiento de su bebé (por ejemplo en relación al comer o al dormir)? Si contesta "sí", explique:

 SÍ NO

6. ¿Le preocupa algún aspecto del desarrollo de su bebé? Si contesta "sí", explique:

 SÍ NO