



# Ages & Stages Questionnaires®

51 meses 0 días a 56 meses 30 días

## Cuestionario de 54 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:

D	D	M	M	A	A	A	A		

### Información del niño/a

Nombre del niño/a:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Inicial de su segundo nombre:

--

Apellido(s) del niño/a:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de nacimiento del niño/a:

D	D	M	M	A	A	A	A		

Sexo del niño/a:

Masculino     Femenino

### Información de la persona que está llenando este cuestionario

Nombre:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Inicial de su segundo nombre:

--

Apellido(s):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dirección:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Parentesco con el niño/a:

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:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### INFORMACION DEL PROGRAMA

# de identificación del niño/a:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

# de identificación del programa:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre del programa:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



# Cuestionario de 54 meses

51 meses 0 días  
a 56 meses 30 días

En las siguientes páginas Ud. encontrará una serie de preguntas sobre diferentes actividades que generalmente hacen los niños. Puede ser que su niño/a 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 niño/a hace la actividad regularmente, a veces, o todavía no.

### Puntos que hay que recordar:

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

### Notas:

---



---



---



---



---

## COMUNICACION

- |   | SI                    | A VECES               | TODAVIA NO            | _____ |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| 1. ¿Su niña puede mencionar al menos dos características de objetos ordinarios? Por ejemplo, al decirle, "Dime algo sobre tu pelota", ¿dice su niña algo como "Es redonda", "La tiro", "Es grande"?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 2. Al formar oraciones, ¿incluye su niño todas las palabras necesarias (como "un", "el", "la", "soy", "es", "está", y "son") para que sean completas? Por ejemplo dice: "Voy al parque", "¿Dónde está el juguete?" o "¿Vas a venir también?"  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 3. Al formular sus palabras, ¿su niña usa terminaciones como "-é", "-ando", y "-s"? Por ejemplo, dice "Tiré la pelota", "Estoy jugando", o "Veo dos gatos".   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 4. Sin hacer señas para ayudarlo ni repetir las instrucciones, ¿puede su niño llevar a cabo tres acciones <i>completamente diferentes</i> cuando Ud. se lo pide? Debe decirle las tres instrucciones antes de que él comience a hacerlas. Por ejemplo, le puede pedir, "Aplauda con las manos, camina hasta la puerta, y siéntate", o "Dame la pluma, abre el libro, y ponte de pie". | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 5. ¿Usa su niña oraciones de cuatro y cinco palabras? Por ejemplo, ¿dice su niña, "Quiero el coche verde", o "Quiero ponerme el suéter rojo"? Por favor, escriba un ejemplo:  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |

**COMUNICACION** (continuación)

6. Al hablar de algo que ya ha pasado, ¿usa su niña el tiempo pasado de los verbos (con terminaciones como -é, -aste, -ió, -ieron, etc.) como *camínaron, jugué, o brincamos*? Hágale preguntas a su niña como, "¿Cómo te fuiste a la tienda?" ("Caminé".) ¿Qué hiciste en la casa de tus amigas?" ("Jugamos a las muñecas".) Por favor, escriba un ejemplo:

SI	A VECES	TODAVIA NO	—
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—

TOTAL EN COMUNICACION —

**MOTORA GRUESA**

1. ¿Brinca con un solo pie (ya sea el izquierdo o el derecho) al menos una vez sin perder el equilibrio o caerse?

SI	A VECES	TODAVIA NO	—
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—

2. Al estar de pie, ¿lanza una pelota hacia adelante, tirándola en la dirección de una persona que está a una distancia de al menos 6 pies (2 metros)? Su niño debe *levantar el brazo* a la altura del hombro para lanzarla. (Marque "todavía no" si la deja caer o si la tira desde la altura de la cintura.)



<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
-----------------------	-----------------------	-----------------------	---

3. Empezando de pie y con los dos pies juntos, ¿su niño brinca una distancia de 20 pulgadas (medio metro)?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
-----------------------	-----------------------	-----------------------	---

4. Cuando Ud. le lanza una pelota grande, ¿su niño la agarra con las dos manos? (Ud. debe situarse a unos 5 pies, o 1.5 metros, de su niño y darle dos o tres oportunidades para hacer la actividad antes de marcar la respuesta.)



<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
-----------------------	-----------------------	-----------------------	---

5. Sin apoyarse en ningún objeto, ¿se para en un solo pie al menos por 5 segundos sin perder el equilibrio y sin bajar el otro pie para apoyarse? (Ud. puede darle dos o tres oportunidades para hacer la actividad antes de marcar la respuesta.)



<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
-----------------------	-----------------------	-----------------------	---

6. ¿Puede su niña andar de puntas una distancia de 15 pies (aproximadamente la longitud de un auto grande)? (Ud. puede demostrarle cómo hacerlo.)

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
-----------------------	-----------------------	-----------------------	---

TOTAL EN MOTORA GRUESA —

**MOTORA FINA**

1. Usando de modelo las figuras de abajo, ¿copia su niño al menos tres de ellas en un papel grande con un lápiz, una crayola, o una pluma sin usar papel transparente o dibujar encima de las figuras? (Los dibujos deben parecerse a las figuras, aunque puedan ser de un tamaño diferente.)



2. ¿Desabotona su niña uno o más botones? Puede usar su propia ropa o la de una muñeca.

3. Colorea generalmente sin salirse de la raya, ya sea una figura en un libro para colorear o un círculo de 2 pulgadas (5 centímetros) que Ud. trace? (Su niño no debe salirse más de 1/4 de pulgada, o un centímetro, fuera de la raya en la mayor parte del dibujo.)

4. Pídale a su niña que trace sobre la línea de abajo con un lápiz. ¿Puede trazar la línea sin salirse de la raya más de dos veces? (Marque "a veces" si su niña se sale de la raya tres veces.)



5. Pídale a su niño que haga un dibujo de una persona en un papel en blanco. Ud. puede decirle: "Hazme un dibujo de un chico o de una chica". Si su niño dibuja una persona con cabeza, cuerpo, brazos, y piernas, marque "sí". Si su niño dibuja una persona incluyendo solamente tres partes del cuerpo (cabeza, tronco, brazos, o piernas), marque "a veces". Si su niño dibuja una persona incluyendo dos partes o menos del cuerpo (cabeza, tronco, brazos, o piernas), marque "todavía no". Asegúrese de entregar la hoja con el dibujo que hizo con este cuestionario.

6. Dibuje una línea en una hoja de papel. Usando tijeras para niños, ¿puede su niña cortar el papel a la mitad, siguiendo (más o menos) una línea recta y haciendo que las tijeras se abran y se cierren? (Por razones de seguridad, observe a su niña cuidadosamente mientras hace esta actividad.)



	SI	A VECES	TODAVIA NO	—
1.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
2.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
3.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
4.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
5.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
6.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
TOTAL EN MOTORA FINA				—

**RESOLUCION DE PROBLEMAS**

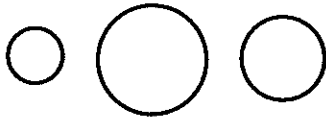
1. Si Ud. le muestra diferentes objetos y le pregunta a su niño, "¿De qué color es esto?" ¿dice los nombres de cinco colores diferentes, como rojo, azul, amarillo, anaranjado, negro, blanco, o rosado? (Marque "sí" solamente si contesta la pregunta correctamente mencionando al menos cinco colores.)

2. ¿Se disfraza y actúa imaginando ser alguien o algo diferente? Por ejemplo, se viste con ropa diferente y se imagina que es la mamá, el papá, el hermano, la hermana, un animal, o cualquier otro ser imaginario?

	SI	A VECES	TODAVIA NO	—
1.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
2.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—

**RESOLUCION DE PROBLEMAS** (continuación)

- |   | SI                    | A VECES               | TODAVIA NO            |   |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| 3. Si Ud. pone cinco objetos delante de su niña, ¿los puede contar diciendo "uno, dos, tres, cuatro, cinco" en el orden correcto? (Haga esta pregunta sin ayudarle, hacer señas, o decir los nombres de los objetos.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 4. Si Ud. le pregunta, "¿Cuál círculo es el más pequeño?" ¿apunta su niño al círculo correcto? (Haga esta pregunta sin ayudarle a través de señas o gestos que le puedan indicar cuál es el círculo más pequeño.)     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |



- |   |                       |                       |                       |   |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| 5. ¿Puede su niña contar hasta 15 sin errores? Si puede hacerlo, marque "sí". Si su niña cuenta hasta 12 sin errores, marque "a veces".                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 6. ¿Sabe su niño los nombres de los números? (Marque "sí" si puede identificar los tres números de abajo. Marque "a veces" si puede identificar dos números.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |

3                      1                      2

TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS      —

**SOCIO-INDIVIDUAL**

- |   | SI                    | A VECES               | TODAVIA NO            |   |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| 1. ¿Se lava las manos con agua y jabón y después se seca sin ayuda?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 2. ¿Puede decir los nombres de al menos dos compañeros de juego, sin incluir a los hermanos? (Pregúntele quiénes son sus amigos sin mencionar el nombre de ninguno de ellos.)   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 3. ¿Se lava los dientes poniendo pasta de dientes en el cepillo y cepillándose todos los dientes sin ayuda? (Responda "sí" aunque Ud. tenga que revisar que su niño se haya lavado bien y/o cepillarle de nuevo los dientes.)                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 4. ¿Usa cubiertos para servirse comida, sacándola de un recipiente y poniéndola en otro? Por ejemplo, ¿su niña puede usar una cuchara grande para sacar puré de manzana de un recipiente y ponerlo en un plato hondo?                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 5. ¿Puede su niño decirle por lo menos cuatro de los siguientes datos? Por favor, marque los datos que su niño le dice correctamente.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| <input type="radio"/> a. Su nombre <input type="radio"/> d. Su apellido<br><input type="radio"/> b. Su edad <input type="radio"/> e. Si es niño o niña<br><input type="radio"/> c. La ciudad en que vive <input type="radio"/> f. Su número de teléfono |                       |                       |                       |   |
| 6. ¿Su niña se viste y se desviste sin ayuda, abotonando botones de tamaño mediano y subiéndolo o bajándolo (cremalleras) que se encuentren en la parte frontal de la ropa?   | <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. ¿Cree Ud. que su niño/a oye bien? Si contesta "no", explique:  SI  NO

2. ¿Cree Ud. que su niño/a habla igual que los otros niños de su edad? Si contesta "no", explique:  SI  NO

3. ¿Puede Ud. entender casi todo lo que dice su niño/a? Si contesta "no", explique:  SI  NO

4. ¿Otras personas pueden entender la mayor parte de lo que dice su niño/a? Si contesta "no", explique:  SI  NO

5. ¿Cree Ud. que su niño/a camina, corre, y trepa igual que los otros niños de su edad? Si contesta "no", explique:  SI  NO

**OBSERVACIONES GENERALES** (continuación)

6. ¿Tiene algún familiar con historia de sordera o cualquier otro impedimento auditivo? Si contesta "sí", explique:

 SÍ NO

7. ¿Tiene Ud. alguna preocupación sobre la visión de su niño/a? Si contesta "sí", explique:

 SÍ NO

8. ¿Ha tenido su niño/a algún problema de salud en los últimos meses? Si contesta "sí", explique:

 SÍ NO

9. ¿Tiene alguna preocupación sobre el comportamiento de su niño/a? Si contesta "sí", explique:

 SÍ NO

10. ¿Le preocupa algún aspecto del desarrollo de su niño/a? Si contesta "sí", explique:

 SÍ NO



# ASQ-3: Compilación de datos **54** meses

51 meses 0 días a  
56 meses 30 días

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

# de identificación del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del programa/proveedor: \_\_\_\_\_

1. **CALIFIQUE EL CUESTIONARIO Y PASE EL PUNTAJE TOTAL DE CADA SECCION AL GRAFICO DE ABAJO:** Véase *ASQ-3 User's Guide* para obtener más detalles, incluyendo la manera de ajustar el puntaje si faltan respuestas a algunas preguntas. Califique cada pregunta (SI = 10, A VECES = 5, TODAVIA NO = 0). Sumo los puntos de cada pregunta, anotando el puntaje total en la línea provista al final de cada sección del cuestionario. En el gráfico de abajo, anote el puntaje total de cada sección, y rellene el círculo correspondiente.

Área	Límite	Puntaje Total	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
Comunicación	31.85		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○
Motora gruesa	35.18		●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○
Motora fina	17.32		●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Resolución de problemas	28.12		●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○
Socio-individual	32.33		●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○

2. **TRANSFIERA LAS RESPUESTAS DE LA SECCION TITULADA "OBSERVACIONES GENERALES":** Las respuestas escritas en negrita o con mayúsculas requerirán un seguimiento. Véase el capítulo 6 del *ASQ-3 User's Guide* para obtener información sobre las pautas a seguir.

- |   |       |   |       |
|---|-------|---|-------|
| 1. ¿Oye bien?<br>Comentarios:                                       | SÍ NO | 6. Historial: ¿Hay problemas auditivos en la familia?<br>Comentarios: | SI No |
| 2. ¿Habla como otros niños de su edad?<br>Comentarios:              | SÍ NO | 7. ¿Preocupaciones sobre la vista?<br>Comentarios:                    | SI No |
| 3. ¿Ud. entiende lo que dice su niño/a?<br>Comentarios:             | SÍ NO | 8. ¿Hay problemas de salud recientes?<br>Comentarios:                 | SI No |
| 4. ¿Otras personas entienden lo que dice su niño/a?<br>Comentarios: | SÍ NO | 9. ¿Preocupaciones sobre comportamiento?<br>Comentarios:              | SI No |
| 5. ¿Camina, corre, y trepa como otros niños?<br>Comentarios:        | SÍ NO | 10. ¿Otras preocupaciones?<br>Comentarios:                            | SI No |

3. **INTERPRETACION DEL PUNTAJE Y RECOMENDACIONES PARA EL SEGUIMIENTO DEL ASQ:** Para determinar el nivel de seguimiento apropiado, hay que tomar en cuenta el *Puntaje total* de cada sección, las respuestas de la sección titulada "Observaciones generales", y también factores adicionales, tales como considerar si el niño/a tiene oportunidades para practicar las habilidades.

Si el *Puntaje total* está dentro del área , el puntaje del niño/a está por encima de las expectativas, y el desarrollo del niño/a parece estar bien hasta ahora.

Si el *Puntaje total* está dentro del área , el puntaje está apenas por encima de las expectativas. Proporcione actividades adicionales para ayudarle al niño/a y vigile su progreso.

Si el *Puntaje total* está dentro del área , el puntaje está debajo de las expectativas. Quizás se requiera una evaluación adicional más a fondo.

4. **SEGUIMIENTO DEL ASQ:** Marque todos los que apliquen.

- Dar actividades adicionales y reevaluar en \_\_\_\_\_ meses.
- Compartir los resultados con su médico familiar (primary health care provider).
- Referirlo/la para una evaluación auditiva, visual, o de comportamiento. (Marque con un círculo todos los que apliquen.)
- Referirlo/la a un médico familiar u otra agencia comunitaria (favor de escribir la razón): \_\_\_\_\_.
- Referirlo/la a un programa de intervención temprana/educación especial para niños preescolares para hacer una evaluación adicional.
- No tomar medidas adicionales en este momento.
- Medida adicional (favor de escribirla): \_\_\_\_\_.

5. **OPCIONAL:** Anote las respuestas específicas (S = SI, V = A VECES, N = TODAVIA NO, R = falta esta respuesta).

	1	2	3	4	5	6
Comunicación						
Motora gruesa						
Motora fina						
Resolución de problemas						
Socio-individual						