



# Ages & Stages Questionnaires®

19 meses 0 días a 20 meses 30 días

## Cuestionario de 20 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 niño/a:

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Inicial de su segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido(s) del niño/a: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del niño/a: \_\_\_\_\_ Para niños prematuros, si el parto ocurrió 3 semanas o más antes de la fecha proyectada, # de semanas que se adelantó: \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

### Información del programa

# de identificación del niño/a: \_\_\_\_\_ Edad al realizar la evaluación ASQ, en meses y días: \_\_\_\_\_

# de identificación del programa: \_\_\_\_\_ Si es niño/a 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 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:

Notas:

- 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:

Four horizontal lines for taking notes.

A esta edad, muchos niños no cooperan cuando se les pide hacer cosas. Quizás Ud. tenga que intentar hacer las actividades más de una vez con su niño/a. Si es posible, intente hacer las actividades cuando su niño/a tenga buena disposición. Si su niño/a puede hacer la actividad, pero se niega a hacerla, marque "sí" en la pregunta.




COMUNICACION

Table with 6 rows of questions and 4 columns of response options: SI, A VECES, TODAVIA NO, and a blank line. Questions cover topics like repeating phrases, pointing to pictures, and using gestures.


A large rounded rectangular box for writing an example of a combination of words.

TOTAL EN COMUNICACION \_\_\_\_\_

## MOTORA GRUESA

	SI	A VECES	TODAVIA NO	___
1. ¿Se sube a algún objeto como una silla para alcanzar algo que quiere (por ejemplo, para agarrar un juguete que está arriba del mostrador de la cocina o para "ayudarlo" en la cocina)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
2. ¿Camina bien su niña, sin caerse a menudo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
3. ¿Su niño puede bajar las escaleras si usted lo lleva de la mano? Puede agarrarse de la pared o de la barandilla también. (Ud. puede hacer esta observación en la tienda, en el parque, o en casa.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
4. Al enseñarle cómo se da una patada a un balón, ¿intenta su niño dar la patada moviendo la pierna hacia adelante o caminando hasta tocar el balón? (Si ya sabe dar una patada al balón, marque "sí" en esta pregunta.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
				
5. ¿Su niña corre bien y sabe detenerse sin chocar con las cosas o caerse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
				
6. ¿Su niño sube o baja al menos dos escalones sin ayuda? Puede agarrarse de la pared o de la barandilla.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
				
	<b>TOTAL EN MOTORA GRUESA</b>			___

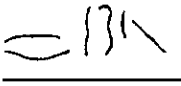


## MOTORA FINA

	SI	A VECES	TODAVIA NO	___
1. Cuando intenta dibujar, ¿marca su niño la hoja de papel con la punta de la crayola (o del lápiz o de la pluma)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
				
2. ¿Puede su niña poner tres cubitos o juguetes pequeños uno sobre otro sin ayuda? (También puede usar carretes de hilo, cajitas, o juguetes que midan aproximadamente 1 pulgada, o 3 centímetros.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
3. ¿Sabe darle la vuelta a las hojas de un libro sin ayuda? (Tal vez pase más de una hoja a la vez.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
4. Normalmente, ¿puede su niño meterse la cuchara en la boca sin que se le caiga la comida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
5. ¿Puede su niña poner seis cubitos o juguetes pequeños uno sobre otro sin ayuda?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___

## MOTORA FINA (continuación)

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
6. ¿Rota (gira) la mano su niño al intentar abrir una puerta, darle cuerda a un juguete, jugar con un trompo, o poner y quitar una tapa de un frasco?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
<b>TOTAL EN MOTORA FINA</b>				_____

## RESOLUCION DE PROBLEMAS

	SI	A VECES	TODAVIA NO		
1. Sin enseñarle cómo hacerlo, ¿traza su niña garabatos o rayas cuando Ud. le da una crayola (o un lápiz o una pluma)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	
2. Después de observarlo a Ud. dibujar una línea de arriba a abajo usando una crayola (o pluma o lápiz), ¿su niño intenta dibujar una línea recta en cualquier dirección en la hoja de papel? (Marque "todavía no" si su niño hace rayas o garabatos de un lado para otro.)	<div style="text-align: center;"> <p>Marque "sí"</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>Marque "todavía no"</p>  </div>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
3. Si Ud. hace algunos de los siguientes gestos, ¿su niña intenta imitar al menos uno de ellos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	
<input type="radio"/> a. Abrir y cerrar la boca. <input type="radio"/> c. Jalarse la oreja. <input type="radio"/> b. Abrir y cerrar los ojos. <input type="radio"/> d. Tocarse la mejilla.					
4. Si Ud. le da una botella, una cuchara, o un lápiz al revés, ¿intenta darle la vuelta para usarlo correctamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	
5. Mientras su niña lo/la observa, ponga cuatro objetos, como unos cubos o unos carritos, en línea recta. ¿Lo/la intenta imitar poniendo al menos dos objetos en línea recta? (También puede usar carretes de hilo, unas cajitas, u otros juguetes.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	
					
6. Si quiere algo que no alcanza, ¿busca su niño una silla o una caja para subirse encima y alcanzarlo (por ejemplo, para agarrar un juguete que está en el mostrador de la cocina o para "ayudarlo" en la cocina)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	
<b>TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS</b>				_____	

## SOCIO-INDIVIDUAL

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. ¿Come con cuchara su niña sin la ayuda de Ud., aunque se le caiga algo de comida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
2. ¿Intenta conseguir su atención o intenta enseñarle algo tirándole de la mano o de la ropa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
3. ¿Sabe su niño beber de un vaso y bajarlo nuevamente sin que se le caiga mucho del contenido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
4. ¿Lo/la imita a Ud. su niña, haciendo las mismas actividades que Ud. hace, por ejemplo limpiar algo que se le ha caído, pasar la aspiradora, afeitarse, o peinarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

**SOCIO-INDIVIDUAL** (continuación)

- |  | SI                    | A VECES               | TODAVIA NO            | ___ |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----|
| 5. Al jugar con un animalito de peluche o con una muñeca, ¿lo mece, le da de comer, le cambia los pañales, lo acuesta, etc.? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
| 6. ¿Come con un tenedor?   | <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. ¿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)

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

6. ¿Tiene Ud. alguna preocupación sobre la visión de su niño/a? Si contesta "sí", explique:  SI  NO

7. ¿Ha tenido su niño/a algún problema de salud en los últimos meses? Si contesta "sí", explique:  SI  NO

8. ¿Tiene alguna preocupación sobre el comportamiento de su niño/a? Si contesta "sí", explique:  SI  NO

9. ¿Le preocupa algún aspecto del desarrollo de su niño/a? Si contesta "sí", explique:  SI  NO