



# Ages & Stages Questionnaires®

23 meses 0 días a 25 meses 15 días

## Cuestionario de 24 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:

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:

---



---



---



---



---

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

|  | SI                    | A VECES               | TODAVIA NO            | _____ |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| 1. Sin enseñarle primero, ¿puede señalar con el dedo el dibujo correcto cuando Ud. le dice, "Enséñame dónde está el gatito", o le pregunta, "¿Dónde está el perro?" (Solamente tiene que identificar un dibujo correctamente.)   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 2. ¿Imita su niña una oración de dos palabras? Por ejemplo, cuando Ud. dice "Mamá juega", "Papá come", o "¿Qué es?", repite ella la misma frase? (Marque "sí" aun si sus palabras sean difíciles de entender.)   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 3. Sin darle pistas señalándole o usando gestos, ¿puede su niño seguir al menos tres de las siguientes instrucciones?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| <input type="radio"/> a. "Pon el juguete en la mesa". <input type="radio"/> d. "Busca tu abrigo".  |                       |                       |                       |       |
| <input type="radio"/> b. "Cierra la puerta". <input type="radio"/> e. "Dame la mano".  |                       |                       |                       |       |
| <input type="radio"/> c. "Tráeme una toalla". <input type="radio"/> f. "Agarra tu libro".  |                       |                       |                       |       |
| 4. Si Ud. señala un dibujo de una pelota (gatito, vaso, gorro, etc.) y le pregunta a su niña "¿qué es?", ¿puede identificar y nombrar al menos un dibujo?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 5. ¿Puede decir dos o tres palabras juntas que representen ideas diferentes, como: "Veo perro", "Mamá llega casa", o "¿Se fue gatito"? (No cuente las combinaciones de palabras que expresen una sola idea como "se acabó", "está bien", y "¿qué es?") Escriba un ejemplo de una combinación de palabras que dice su niño: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |

## COMUNICACION (continuación)

|  | SI                    | A VECES               | TODAVIA NO            |       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| 6. ¿Puede usar correctamente al menos dos palabras como "mi", "yo", "mía", o "tú"? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |

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

## MOTORA GRUESA

|  | SI                    | A VECES               | TODAVIA NO            |       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| 1. ¿Su niño puede bajar las escaleras si usted lo lleva de la mano? Puede agarrarse de la pared o de la barandilla también. <i>(Ud. puede hacer esta observación en la tienda, en el parque, o en casa.)</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |

|   |                       |                       |                       |       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| 2. 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? <i>(Si ya sabe dar una patada al balón, marque "sí" en esta pregunta.)</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|



|   |                       |                       |                       |       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| 3. ¿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"/> | _____ |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|



|  |                       |                       |                       |       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| 4. ¿Su niña corre bien y sabe detenerse sin chocar con las cosas o caerse? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|



|   |                       |                       |                       |       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| 5. ¿Puede saltar su niño, levantando ambos pies del suelo a la vez? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|



|   |                       |                       |                       |        |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------|
| 6. Sin apoyarse en ningún objeto, ¿sabe su niño dar una patada a un balón moviendo la pierna hacia atrás y luego hacia adelante?* | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____* |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------|

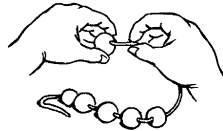


TOTAL EN MOTORA GRUESA \_\_\_\_\_

*\*Si marcó "sí" o "a veces" en la pregunta 6, marque "sí" en la pregunta 2.*

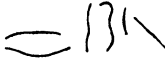

## MOTORA FINA

- |   | SI                    | A VECES               | TODAVIA NO            |   |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| 1. 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"/> | — |
| 2. ¿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"/> | — |
| 3. ¿Rota (gira) la mano su niña 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"/> | — |
| 4. ¿Su niño prende y apaga interruptores (como el de la luz)?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 5. ¿Puede su niña poner siete cubitos o juguetes 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"/> | — |
| 6. ¿Sabe meter un cordón (o agujeta) por el agujero de objetos pequeños como cuentas de madera, sopa de macarrones o de rueditas, o por los agujeros de los zapatos?                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |



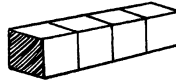
TOTAL EN MOTORA FINA —

## RESOLUCION DE PROBLEMAS

- |  | SI   | A VECES               | TODAVIA NO            |   |
|--|--|-----------------------|-----------------------|---|
| 1. Después de observarlo/la 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.) | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
|  | <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <p>Marque "sí"</p>  </div> <div> <p>Marque "todavía no"</p>  </div> </div> |                       |                       |   |
| 2. Después de dejar caer una migaja o un Cheerio (cereal de desayuno) en una pequeña botella transparente, ¿pone la botella al revés para sacarlo? (No le muestre cómo hacerlo.) (Puede usar una botella de refresco o un biberón.)  | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 3. ¿Su niña juega con objetos imaginándose que son otras cosas? Por ejemplo, ¿se pone un vaso junto a la oreja jugando como si fuera un teléfono? ¿Se pone una caja en la cabeza como si fuera un gorro? ¿Usa un cubito u otro juguete pequeño para revolver la comida?        | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 4. ¿Guarda su niño las cosas en el sitio apropiado? Por ejemplo, ¿sabe que sus juguetes deben estar en el estante, que su cobija se pone en la cama, y que los platos se ponen en la cocina?   | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 5. Si quiere algo que no alcanza, ¿busca su niña 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"/> | — |

## RESOLUCION DE PROBLEMAS (continuación)

6. Mientras su niño lo/la observa, ponga cuatro objetos, como unos cubos o unos carritos, en línea recta. ¿Lo/la intenta imitar poniendo al menos cuatro objetos en línea recta? *(También puede usar carretes de hilo, unas cajitas, u otros juguetes.)*



| SI                    | A VECES               | TODAVIA NO            | _____ |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |

TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS \_\_\_\_\_

## SOCIO-INDIVIDUAL

1. ¿Sabe su niño beber de un vaso y bajarlo nuevamente sin que se le caiga mucho del contenido?
2. ¿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?
3. ¿Come con un tenedor?
4. Al jugar con un animalito de peluche o con una muñeca, ¿lo mece, le da de comer, le cambia los pañales, lo acuesta, etc.?
5. ¿Su niño empuja un carrito con ruedas, un cochecito de bebé, u otro juguete con ruedas, evitando chocar con las cosas y saliéndose en reversa de un rincón si no puede girar?
6. ¿Su niña se refiere a sí misma diciendo "yo" más que su propio nombre? Por ejemplo, suele decir "yo lo hago" en lugar de "Susana lo hace".

| SI                    | A VECES               | TODAVIA NO            | _____ |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| <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

**OBSERVACIONES GENERALES** (continuación)

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

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

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

**OBSERVACIONES GENERALES** (continuación)

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

 SÍ NO

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

 SÍ NO



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            | 25.17  |               | ● | ● | ●  | ●  | ●  | ●  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  |
| Motora gruesa           | 38.07  |               | ● | ● | ●  | ●  | ●  | ●  | ●  | ●  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  |
| Motora fina             | 35.16  |               | ● | ● | ●  | ●  | ●  | ●  | ●  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  |
| Resolución de problemas | 29.78  |               | ● | ● | ●  | ●  | ●  | ●  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  |
| Socio-individual        | 31.54  |               | ● | ● | ●  | ●  | ●  | ●  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  |

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