

**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*

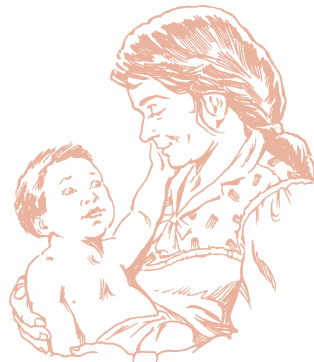
Copyright © 1999 por Paul H. Brookes Publishing Co.

# 12 Meses ♦ 1 Año

---

## Cuestionario

---



Lo que sigue a continuación son unas preguntas sobre diferentes actividades que los bebés hacen. Puede ser que su bebé ya haya realizado algunas y todavía no haya realizado otras. Después de leer cada cosa, marque la respuesta que indique lo que su bebé ha hecho en el pasado o lo que hace ahora.

### **Cosas Importantes que Recordar:**

- Le rogamos que intente cada actividad individualmente con su bebé antes de contestar las preguntas.
- Trate de que al llenar este cuestionario sea un juego que es divertido para usted y su bebé.
- 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 bebé 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.

# **12 Meses ♦ 1 Año**

## **Cuestionario**

Por favor da la siguiente información.

Nombre del bebé: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del bebé: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento correctada del niño/a (si su niño/a fue prematuro,  
añada el número de semanas de premaduridad a la fecha de nacimiento): \_\_\_\_\_

Día de hoy: \_\_\_\_\_

Persona llenando este cuestionario: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su relación al bebé? \_\_\_\_\_

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 bebé.*

- |   |                          |                          |                          |     |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 1. ¿Puede su bebé jugar a algún juego infantil cuando Ud. se lo pide sin que Ud. se lo demuestre primero (por ejemplo, decir adiós, esconderse tapándose los ojos, aplaudir, indicar que tan grande es algo)?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 2. ¿Puede llevar a cabo un mandato sencillo, como, “ven aquí”, “dámelo”, “devuélvelo” <i>sin</i> que Ud. le haga gestos para que entienda?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 3. ¿Puede decir alguna otra palabra además de “mamá” o “papá”? (Llamamos “palabra” a un sonido o grupo de sonidos que el bebé siempre repita al referirse a alguien o a alguna cosa concreta, como “bibi” para decir biberón.)                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 4. Al preguntarle a su bebé, ¿dónde está la pelota, (el gorro, el zapato, etc.)?, ¿mira en la dirección donde está el objeto? Asegúrese de que puede ver el objeto. Responda afirmativamente a la pregunta si reconoce al menos uno de los objetos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 5. Cuando su bebé quiere algo, ¿lo <i>señala con el dedo</i> ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 6. ¿Mueve la cabeza su bebé cuando quiere responder sí o no?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| TOTAL PARA COMUNICACIÓN   |                          |                          |                          | ___ |





**MOVIMIENTOS AMPLIOS**      *Intente hacer cada actividad con su bebé.*

- |   |   |                          |                          |                          |     |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 1. Al estar agarrado a un mueble de casa, ¿puede agacharse para agarrar un juguete del suelo y después vuelve a ponerse de pie?   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 2. Al estar agarrado a un mueble de casa, ¿puede bajarse con cuidado (sin caerse o tirarse)?  |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 3. ¿Camina por la casa agarrándose a los muebles con una sola mano?   |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 4. Si le agarra las manos para ayudarle a mantener el equilibrio, ¿puede dar pasitos sin tropezar ni caerse? (Si su bebé ya anda solo, responda afirmativamente a la pregunta.) |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 5. Al tomarle una mano para que no se caiga, ¿puede dar pasitos hacia adelante? (Si su bebé ya anda solo, responda afirmativamente a la pregunta.)                              |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 6. ¿Puede ponerse de pie solo y dar algunos pasitos hacia adelante?   |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| TOTAL PARA MOVIMIENTOS AMPLIOS  |   |                          |                          | ___                      |     |

SÍ A VECES TODAVÍA NO

**MOVIMIENTOS FINOS**

*Intente hacer cada actividad con su bebé.*

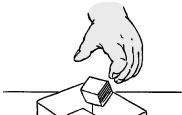
- |   |  |                          |                          |                          |       |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| 1. Después de intentarlo una o dos veces, ¿puede agarrar su bebé un pedazo de cuerda con los dedos índice y pulgar? (La cuerda puede estar atada a un juguete.)   |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___   |
| 2. ¿Puede agarrar una migaja de pan o un Cheerio (cereal de desayuno) con las yemas de los dedos índice y pulgar? Puede apoyar el brazo o la mano en la mesa mientras que lo intenta. (Si ya puede agarrar objetos pequeños como los descritos en el número 4 más abajo, responda afirmativamente a esta pregunta.) |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___   |
| 3. ¿Puede poner un juguete pequeño en la mesa, sin dejarlo caer, y después levantar la mano de encima del juguete?  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___   |
| 4. Sin apoyar el brazo o la mano en la mesa, ¿puede agarrar una migaja de pan o un Cheerio con la yema de los dedos índice y pulgar?  |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ * |
| 5. ¿Puede tirar una pelota hacia adelante? (Si simplemente la deja caer, responda "todavía no" a esta pregunta.)  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___   |
| 6. ¿Sabe ayudarle pasar las hojas de un libro? (Ud. puede darle la hoja pare que él la agarre.)   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___   |

TOTAL PARA MOVIMIENTOS FINOS

*\*Si ha contestado sí o a veces a la pregunta número 4 de los movimientos finos, conteste sí también a la número 2.*

**RESOLUCIÓN de PROBLEMAS**

*Intente hacer cada actividad con su bebé.*

- |   |   |                          |                          |                          |       |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| 1. Al tener un juguete en cada mano, ¿intenta juntarlos (como cuando se aplaude)?   |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___   |
| 2. ¿Es que tu bebé pincha o trata de conseguir una migaja o un Cheerio que está dentro de una botella transparente (por ejemplo un biberón)?  |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___   |
| 3. Después de verle a Ud. esconder un juguete pequeño debajo de una hoja de papel o de una caja, ¿puede encontrarlo? (Asegúrese de que el juguete esté completamente escondido.)  |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___   |
| 4. Si Ud. mete un juguete dentro de un tazón o dentro de una caja, ¿le imita su bebé queriendo también meter un juguete, aunque pueda ser que no lo suelte? (Si ya lo deja caer en el recipiente o en la caja, responda afirmativamente a la pregunta.) |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___   |
| 5. ¿Sabe meter dos juguetes, uno tras otro, en un recipiente como una caja o un tazón grande? (Puede enseñarle cómo se hace.)   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ * |

SÍ      A VECES      TODAVÍA NO

**RESOLUCIÓN de PROBLEMAS**      *(continuación)*

6. Después de que Ud. haga garabatos en una hoja de papel con un creyón (o con un lápiz o una pluma), ¿puede imitarle? (Si ya sabe hacer garabatos solo, responda afirmativamente a la pregunta.)                        \_\_\_\_\_

TOTAL PARA RESOLUCIÓN de PROBLEMAS      \_\_\_\_\_

*\*Si marcó el número 5 afirmativamente o a veces, marque el número 4 afirmativamente.*

**SOCIO-INDIVIDUAL**      *Intente hacer cada actividad con su bebé.*

1. Al extenderle la mano y pedirle su juguete, ¿su bebé se lo ofrece aunque no lo suelte? (Si ya le deja el juguete en la mano, responda afirmativamente a la pregunta.)                        \_\_\_\_\_
2. Al vestirlo, ¿puede meter el brazo por la manga de la ropa una vez que se le haya metido la mano en la apertura de la manga?                        \_\_\_\_\_
3. Al extenderle la mano y pedirle su juguete, ¿su bebé se lo coloca en la mano?                        \_\_\_\_\_
4. Al vestirlo, ¿levanta el pie cuando va a ponerle los zapatos, los calcetines o los pantalones?                        \_\_\_\_\_
5. ¿Sabe su bebé rodar o tirarle una pelota para que Ud. se la devuelva?                        \_\_\_\_\_
6. ¿Juega con una muñeca o con un muñeco de peluche, abrazándolo?                        \_\_\_\_\_

TOTAL PARA SOCIO-INDIVIDUAL      \_\_\_\_\_

**GENERAL**      *Padres y proveedores pueden utilizar el reverso de esta página para hacer comentarios adicionales.*

1. ¿Cree Ud. que su bebé oye bien?      Sí       NO   
Si contesta "No", explique: \_\_\_\_\_
2. ¿Cree Ud. que usa las dos manos igualmente bien?      Sí       NO   
Si contesta "No", explique: \_\_\_\_\_
3. Al ponerle de pie, ¿Están los pies nivelados con el suelo la mayoría de las veces?      Sí       NO   
Si contesta "No", explique: \_\_\_\_\_
4. ¿Tienen cualquiera de los dos 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: \_\_\_\_\_
5. ¿Tiene Ud. alguna preocupación sobre la vista de su niño/a?      Sí       NO   
Si contesta "Sí", explique: \_\_\_\_\_

**GENERAL** (continuación)

6. ¿Ha tenido su bebé algún problema médico en los últimos meses?

SÍ  NO

Si contesta "Sí", explique: \_\_\_\_\_

7. ¿Hay algo de su bebé que a Ud. le preocupe?

SÍ  NO

Si contesta "Sí", explique: \_\_\_\_\_