



# Ages & Stages Questionnaires®

3 meses 0 días a 4 meses 30 días

## Cuestionario de 4 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 bebé

Nombre del bebé: 

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

Inicial de su segundo nombre: 

--

Apellido(s) del bebé: 

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

Fecha de nacimiento del bebé: 

D	D	M	M	A	A	A	A		

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: 

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

Ciudad: 

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

País: 

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

# de teléfono de casa: 

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

Otro # de teléfono: 

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

Su dirección electrónica: 

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

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: 

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

Estado/Provincia: 

--	--

Código postal: 

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

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

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

### INFORMACION DEL PROGRAMA

# de identificación del bebé: 

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

# de identificación del programa: 

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

Nombre del programa: 

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

Edad al realizar la evaluación ASQ, en meses y días: 

M	M	D	D

Si es bebé prematuro/a, edad ajustada, en meses y días: 

M	M	D	D

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. ¿Su bebé se ríe haciendo sonidos, como produciendo una suave carcajada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
2. Cuando Ud. regresa después de haberse ausentado brevemente, ¿su bebé sonrío o muestra emoción al verlo/la?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
3. ¿Deja de llorar su bebé cuando escucha la voz de una persona que no sea Ud.?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
4. ¿Hace chillidos agudos su bebé?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
5. ¿Se ríe su bebé?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
6. ¿Hace sonidos su bebé al ver juguetes o al mirar a personas?	<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 la cabeza de un lado para otro?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
2. 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"/>	_____
3. Cuando su bebé está acostada boca abajo, ¿mantiene la cabeza levantada con la barbilla a una distancia de aproximadamente 3 pulgadas (8 centímetros) del suelo por al menos 15 segundos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
4. Al estar boca abajo, ¿su bebé levanta la cabeza y mira a su alrededor? (Puede apoyarse con los brazos al hacerlo.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____



**MOTORA GRUESA** *(continuación)*

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
5. Al sentar a su bebé sujetándolo con las manos, ¿puede sostener la cabeza?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
6. Cuando su bebé está boca arriba, ¿junta las manos sobre su pecho, tocándose los dedos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
<b>TOTAL EN MOTORA GRUESA</b>				___


**MOTORA FINA**


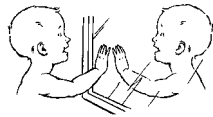
	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. Cuando está despierta, ¿su bebé mantiene las manos abiertas, al menos parcialmente (en vez de tenerlas cerradas en puño, como cuando era recién nacida)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
2. Cuando Ud. le pone un juguete en la mano, ¿su bebé lo mueve de un lado para otro, al menos por unos momentos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
3. ¿Su bebé intenta agarrar o jalar su propia ropa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
4. Al ponerle un juguete en la mano, ¿su bebé lo agarra por al menos un minuto, mientras lo mira, lo mueve de un lado para otro, o intenta morderlo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
5. ¿Su bebé intenta agarrar o arañar con las uñas una superficie que tenga enfrente, ya sea al estar sentado o cuando está boca arriba?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
6. Cuando Ud. tiene a su bebé sentada en su regazo, ¿intenta agarrar un juguete que está en una mesa cercana, aunque no pueda alcanzarlo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
<b>TOTAL EN MOTORA FINA</b>				___


**RESOLUCION DE PROBLEMAS**

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. 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"/>	___
2. 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"/>	___
3. 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"/>	___
4. Al ponerle un juguete en la mano, ¿su bebé lo mira?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
5. Al ponerle un juguete en la mano, ¿su bebé se lo mete en la boca?	<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"/>	___
<b>TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS</b>				___



## SOCIO-INDIVIDUAL

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. ¿Su bebé mira sus propias manos? 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
2. Cuando tiene las manos juntas, ¿su bebé juega con los dedos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
3. 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"/>	—
4. Cuando Ud. le da de comer, ¿usa su bebé las dos manos para ayudarlo a sostener el biberón?, o cuando lo/la amamanta, ¿le toca el seno con la mano que le queda libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
5. Antes de que Ud. le sonría o le hable, ¿empieza su bebé a sonreírle al ver que Ud. está cerca?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
6. Cuando está delante de un espejo grande, ¿empieza su bebé a sonreír o a hacer sonidos? 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
<b>TOTAL EN SOCIO-INDIVIDUAL</b>				—

## OBSERVACIONES GENERALES

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

1. ¿Usa su bebé ambas manos y ambas piernas igualmente bien? Si contesta "no", explique:  SI  NO

2. Al ponerlo/la de pie, ¿su bebé pone los pies completamente planos sobre el suelo la mayoría de las veces? Si contesta "no", explique:  SI  NO

**OBSERVACIONES GENERALES** (continuación)

3. ¿Le preocupa que su bebé sea muy callado/a o que no haga sonidos como otros bebés? Si contesta "sí", explique:

 SÍ NO

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

 SÍ NO

5. ¿Tiene Ud. alguna preocupación sobre la visión de su bebé? Si contesta "sí", explique:

 SÍ NO

6. ¿Ha tenido su bebé algún problema de salud en los últimos meses? Si contesta "sí", explique:

 SÍ NO

7. ¿Tiene alguna preocupación sobre el comportamiento de su bebé? Si contesta "sí", explique:

 SÍ NO

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

 SÍ NO