



Ages & Stages Questionnaires®

5 meses 0 días a 6 meses 30 días

Cuestionario de 6 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:

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

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. ¿Hace chillidos agudos su bebé?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
2. Al experimentar con sonidos, ¿su bebé hace sonidos de tono bajo, como gruñir o rugir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
3. Si Ud. llama a su bebé cuando ella no lo/la puede ver, ¿voltea la cabeza en la dirección de su voz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
4. Cuando escucha un ruido fuerte, ¿su bebé voltea a ver de dónde viene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
5. ¿Hace su bebé sonidos como "da", "ga", "ka", y "ba"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
6. Si Ud. imita los sonidos que hace su bebé, ¿ella los repite?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
TOTAL EN COMUNICACION				_____

MOTORA GRUESA

	SI	A VECES	TODAVIA NO	_____
1. Al estar acostado boca arriba, ¿levanta su bebé las piernas lo suficiente para poder verse los pies?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
2. ¿Cuando está boca abajo, estira los dos brazos y levanta todo el pecho de la cama o del suelo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
3. Cuando está acostada boca arriba, ¿su bebé puede darse la vuelta para estar boca abajo, sacando los brazos hacia los lados del cuerpo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
4. Cuando Ud. sienta a su bebé en el suelo, ¿él usa las manos para apoyarse? (Si su bebé ya puede sentarse sin apoyarse con las manos, marque "sí" en esta pregunta.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____



MOTORA GRUESA (continuación)

5. Si Ud. agarra las manos de su bebé para ayudarle a mantener el equilibrio, ¿ella puede sostener su propio peso mientras está de pie?



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

6. ¿Puede su bebé ponerse en la postura para gatear apoyándose en las manos y en las rodillas?



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

TOTAL EN MOTORA GRUESA _____

MOTORA FINA

1. ¿Toma su bebé un juguete que se le ofrece, lo mira, lo agita, o lo muerde por aproximadamente un minuto?

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

2. ¿Su bebé extiende las dos manos a la vez para agarrar un juguete?

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

3. ¿Extiende la mano para tomar una migaja de pan o un Cheerio (cereal de desayuno) y/o lo toca con el dedo o la mano? *(Si su bebé ya puede agarrar un objeto pequeño, marque "sí" en esta pregunta.)*



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

4. ¿Puede agarrar un juguete pequeño y tenerlo en la palma de la mano, sujetándolo con los dedos?



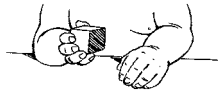
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-------

5. ¿Intenta agarrar una migaja de pan o un Cheerio (cereal de desayuno) usando el dedo pulgar y todos los demás dedos, haciendo un movimiento como de rastrillo, incluso si no puede agarrarlo? *(Si ya puede agarrar una migaja o un Cheerio de esta manera, marque "sí" en esta pregunta.)*



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

6. ¿Agarra un juguete pequeño con una sola mano?



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

TOTAL EN MOTORA FINA _____

RESOLUCION DE PROBLEMAS

1. Cuando hay un juguete enfrente de su bebé, ¿intenta alcanzarlo usando las dos manos?

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


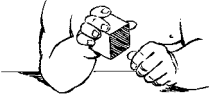

2. Cuando está boca arriba, ¿vuelve la cabeza para buscar un juguete cuando lo deja caer? *(Si al dejarlo caer ya puede recogerlo, marque "sí" en esta pregunta.)*

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





3. Al estar boca arriba, ¿su bebé intenta agarrar un juguete que se le cayó si lo puede ver?

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

RESOLUCION DE PROBLEMAS (continuación)

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
4. ¿Su bebé agarra un juguete y se lo mete en la boca?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
				
5. ¿Se pasa un juguete de una mano a la otra?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
				
6. ¿Juega golpeando un juguete contra el suelo o contra la mesa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
				
TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS				—

SOCIO-INDIVIDUAL

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. 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"/>	—
				
2. ¿Se comporta de una manera distinta con personas desconocidas que con Ud. o con otras personas que conoce? <i>(Reacciones a desconocidos pueden incluir mirarlos fijamente, fruncir el ceño, retraerse, o llorar.)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
3. Al estar boca arriba, ¿intenta jugar agarrándose el pie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
				
4. Al estar delante de un espejo grande, ¿intenta tocar el espejo con las manos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
				
5. Al estar boca arriba, ¿su bebé intenta meterse el pie en la boca?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
				
6. ¿Intenta agarrar un juguete que no puede alcanzar? <i>(Puede que intente darse la vuelta, girar el tronco estando boca abajo, o gatear para agarrarlo.)</i>	<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. ¿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 la veces? Si contesta "no", explique: SI NO

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

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

5. ¿Tiene Ud. alguna preocupación sobre la visión de su bebé? Si contesta "sí", explique: SI NO

OBSERVACIONES GENERALES (continuación)

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