

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. 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"/> | — |
| 2. Cuando escucha un ruido fuerte, ¿su bebé volteá a ver de dónde viene? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 3. Si Ud. imita los sonidos que hace su bebé, ¿ella los repite? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 4. ¿Hace su bebé sonidos como "da", "ga", "ka", y "ba"? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 5. ¿Responde su bebé a los diferentes tonos de su voz y deja de hacer la actividad que lo tiene entretenido, al menos por un momento, cuando Ud. le dice "no-no"? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 6. ¿Puede hacer dos sonidos similares como "ba-ba", "da-da", o "ga-ga"? (No es necesario que los sonidos tengan significado.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |

TOTAL EN COMUNICACION

—

MOTORA GRUESA

1. Cuando Ud. sienta a su bebé en el suelo, ¿ella usa las manos para apoyarse? (Si su bebé ya puede sentarse sin apoyarse con las manos, marque "sí" en esta pregunta.)



SI A VECES TODAVIA NO

2. Cuando está acostado boca arriba, ¿su bebé puede darse la vuelta para estar boca abajo, sacando los brazos hacia los lados del cuerpo?

○ ○ ○ —

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



○ ○ ○ —

MOTORA GRUESA

(continuación)

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



SI A VECES TODAVIA NO

 —

5. Al estar sentado en el suelo, ¿su bebé puede sentarse derecho por varios minutos *sin* usar las manos para apoyarse?*



 — *

6. Al ponerlo de pie cerca de los muebles de la casa o de la cuna, ¿su bebé puede agarrarse a los muebles sin que se apoye también con el pecho?



 —

TOTAL EN MOTORA GRUESA —

*Si marcó "sí" o "a veces" en la pregunta 5, marque "sí" en la pregunta 1.

MOTORA FINA

1. ¿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.)



SI A VECES TODAVIA NO

 —

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



 —

3. ¿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.)



 —

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



 —

5. ¿Su bebé *logra* 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? (Si ya puede agarrar una migaja o un Cheerio, marque "sí" en esta pregunta.)



 —

MOTORA FINA

(continuación)

6. ¿Puede agarrar un juguete pequeño con *las yemas del pulgar y de los demás dedos?* (Debe haber un espacio entre el juguete y la palma de la mano.)*



SI A VECES TODAVIA NO — *

TOTAL EN MOTORA FINA

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

RESOLUCION DE PROBLEMAS

SI A VECES TODAVIA NO —

1. ¿Su bebé agarra un juguete y se lo mete en la boca?



—

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

—

3. ¿Juega golpeando un juguete contra el suelo o contra la mesa?



—

4. ¿Se pasa un juguete de una mano a la otra?



—

5. ¿Recoge su bebé dos juguetes pequeños, tomando uno en cada mano, y los sujetá por aproximadamente un minuto?



—

6. Al tener un juguete en la mano, ¿lo golpea contra otro que está en la mesa?



—

TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS —

SOCIO-INDIVIDUAL

SI

A VECES

TODAVIA NO

1. Al estar boca arriba, ¿intenta jugar agarrándose el pie?



—

2. Al estar delante de un espejo grande, ¿intenta tocar el espejo con las manos?



—

3. ¿Intenta agarrar un juguete que no puede alcanzar? (Puede que intente darse la vuelta, girar el tronco estando boca abajo, o gatear para agarrarlo.)

—

4. Al estar boca arriba, ¿su bebé intenta meterse el pie en la boca?



—

5. ¿Su bebé puede beber agua, jugo, o leche de fórmula de una taza si Ud. se la sostiene?

—

6. ¿Puede su bebé comer una galleta sin ayuda?

—

TOTAL EN SOCIO-INDIVIDUAL

—

OBSERVACIONES GENERALES

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

1. ¿Uso 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

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:

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

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

SI

NO

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

SI

NO

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

SI

NO