



Ages & Stages Questionnaires®

7 meses 0 días a 8 meses 30 días

Cuestionario de 8 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:

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

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:

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 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:

Notas:

- ☒ 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: _____.

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 voltea 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

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
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.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
2. Cuando está acostado 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"/>	_____
3. ¿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"/>	_____



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	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___ *

TOTAL EN MOTORA FINA

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

RESOLUCION DE PROBLEMAS

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



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

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

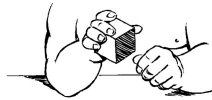
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----

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



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

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



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

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



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




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



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

TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS ___

SOCIO-INDIVIDUAL

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. Al estar boca arriba, ¿intenta jugar agarrándose el pie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
				
2. Al estar delante de un espejo grande, ¿intenta tocar el espejo con las manos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
				
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.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
4. Al estar boca arriba, ¿su bebé intenta meterse el pie en la boca?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
				
5. ¿Su bebé puede beber agua, jugo, o leche de fórmula de una taza si Ud. se la sostiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
6. ¿Puede su bebé comer una galleta sin ayuda?	<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

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