

**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: \_\_\_\_\_

Complete este cuestionario antes de: \_\_\_\_\_

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)?
2. ¿Puede llevar a cabo un mandato sencillo, como, "ven aquí", "dámelo", "devuélvelo" sin que Ud. le haga gestos para que entienda?
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.)
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.
5. Cuando su bebé quiere algo, ¿lo señala con el dedo?
6. ¿Mueve la cabeza su bebé cuando quiere responder sí o no?

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? 
2. Al estar agarrado a un mueble de casa, ¿puede bajarse con cuidado (sin caerse o tirarse)?
3. ¿Camina por la casa agarrándose a los muebles con una sola mano?
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.) 
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.) 
6. ¿Puede ponerse de pie solo y dar algunos pasitos hacia adelante?

TOTAL PARA MOVIMIENTOS AMPLIOS

**MOVIMIENTOS FINOS**

*Intente hacer cada actividad con su bebé.*

SÍ      A VECES      TODAVÍA NO

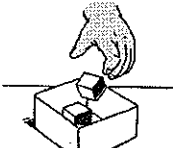
- |  |  |                          |                          |                          |                          |
|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <p>1. Después de intentarlo una o dos veces, ¿puede agarrar su bebé un pedazo de cuerda con los dedos índice y pulgar? (La cuerda puede estar atada a un juguete.)</p>   |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>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.)</p> |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>3. ¿Puede poner un juguete pequeño en la mesa, sin dejarlo caer, y después levantar la mano de encima del juguete?</p>  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>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?</p>  |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>5. ¿Puede tirar una pelota hacia adelante? (Si simplemente la deja caer, responda "todavía no" a esta pregunta.)</p>  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>6. ¿Sabe ayudarle pasar las hojas de un libro? (Ud. puede darle la hoja pare que él la agarre.)</p>   |  | <input type="checkbox"/> | <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.*

- |  |   |                          |                          |                          |                          |
|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <p>1. Al tener un juguete en cada mano, ¿intenta juntarlos (como cuando se aplaude)?</p>   |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>2. ¿Es que tu bebé pincha o trata de conseguir una migaja o un Cheerio que está dentro de una botella clara (por ejemplo un biberón)?</p>   |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>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.)</p>  |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>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.)</p> |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>5. ¿Sabe meter dos juguetes, uno tras otro, en un recipiente como una caja o un tazón grande? (Puede enseñarle cómo se hace.)</p>   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**RESOLUCIÓN de PROBLEMAS** (continuación)

SÍ A VECES TODAVÍA NO

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: \_\_\_\_\_