



Ages & Stages Questionnaires®

9 meses 0 días a 9 meses 30 días

Cuestionario de 9 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:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| M | M | D | D |

de identificación del programa:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| M | M | D | D |

Nombre del programa:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

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 su bebé sonidos como "da", "ga", "ka", y "ba"? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
| 2. Si Ud. imita los sonidos que hace su bebé, ¿ella los repite? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
| 3. ¿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"/> | ___ |
| 4. Cuando Ud. se lo pide, ¿puede su bebé jugar a algún juego infantil sin que Ud. se lo demuestre primero (por ejemplo, decir adiós, esconderse tapándose los ojos, aplaudir, o indicar que tan grande es algo)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
| 5. ¿Sigue su bebé instrucciones sencillas, como por ejemplo, "ven acá", "dámelo", o devuélvelo" sin que Ud. le haga gestos para que entienda lo que le está pidiendo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
| 6. ¿Dice su bebé tres palabras como "mamá", "dada", y "baba"? (Una "palabra" se define como un sonido o un grupo de sonidos que siempre repite su bebé al referirse a alguien o a alguna cosa concreta.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
| TOTAL EN COMUNICACION | | | | ___ |

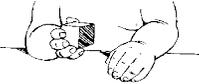
MOTORA GRUESA

| | SI | A VECES | TODAVIA NO | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----|
| 1. Si Ud. agarra las manos de su bebé para ayudarle a mantener el equilibrio, ¿él puede sostener su propio peso mientras está de pie? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
|  | | | | |
| 2. Al estar sentado en el suelo, ¿su bebé puede sentarse derecho por varios minutos sin usar las manos para apoyarse? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
|  | | | | |

MOTORA GRUESA *(continuación)*

| | SI | A VECES | TODAVIA NO | |
|--|---|-----------------------|-----------------------|---|
| 3. Al ponerla 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? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| |  | | | |
| 4. Al estar agarrado a un mueble, ¿puede su bebé agacharse para recoger un juguete del suelo y después volver a ponerse de pie? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| |  | | | |
| 5. Al estar agarrada a un mueble, ¿puede agacharse, manteniendo el control (sin caerse al suelo)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 6. ¿Camina por la casa su bebé, agarrándose a los muebles con una sola mano? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| TOTAL EN MOTORA GRUESA | | | | — |

MOTORA FINA

| | SI | A VECES | TODAVIA NO | |
|---|---|-----------------------|-----------------------|-----|
| 1. ¿Agarra un juguete pequeño con una sola mano? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| |  | | | |
| 2. ¿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.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| |  | | | |
| 3. ¿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.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| |  | | | |
| 4. Después de intentarlo una o dos veces, ¿puede agarrar su bebé un segmento de cuerda con los dedos índice y pulgar? (La cuerda puede estar atada a un juguete.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| |  | | | |
| 5. ¿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 hace.* | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — * |
| |  | | | |
| 6. ¿Puede poner un juguete pequeño en la mesa (en el sofá o en el suelo), sin dejarlo caer, y después levantar la mano de encima del juguete? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| TOTAL EN MOTORA FINA | | | | — |

*Si marcó "sí" o "a veces" en la pregunta 5, marque "sí" en la pregunta 2.

RESOLUCION DE PROBLEMAS

- | | SI | A VECES | TODAVIA NO | |
|--|---|-----------------------|-----------------------|---|
| 1. ¿Se pasa un juguete de una mano a la otra? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| |  | | | |
| 2. ¿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"/> | — |
| |  | | | |
| 3. 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"/> | — |
| |  | | | |
| 4. Al tener un juguete pequeño en cada mano, ¿su bebé intenta golpearlos uno con otro (como cuando se aplaude)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 5. ¿Su bebé agarra o usa el dedo índice para tocar un Cheerio (cereal de desayuno) o una migaja de pan que está dentro de una botella transparente (por ejemplo un biberón)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 6. Después de verle a Ud. esconder un juguete pequeño debajo de una hoja de papel o de un trozo de tela, ¿puede su bebé encontrarlo? (Asegúrese de que el juguete esté completamente escondido.) | <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, ¿su bebé intenta meterse el pie en la boca? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| |  | | | |
| 2. ¿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"/> | — |
| 3. ¿Puede su bebé comer una galleta sin ayuda? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 4. Al extenderle la mano y pedirle su juguete, ¿su bebé se lo ofrece aunque no lo suelte? (Si ya suelta el juguete para dárselo, marque "sí" en esta pregunta.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 5. Cuando Ud. viste a su bebé, ¿puede él meter el brazo por la manga de la camisa una vez que Ud. le haya metido la mano en la bocamanga? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 6. Cuando Ud. le extiende la mano para pedirle un juguete, ¿su bebé lo suelta para que Ud. lo tome? | <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:

 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