



# 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: \_\_\_\_\_

### 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: \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

### Información del programa

|   |   |
|---|---|
| # de identificación del bebé: _____     | Edad al realizar la evaluación ASQ, en meses y días: _____    |
| # de identificación del programa: _____ | Si es bebé prematuro/a, edad ajustada, en meses y días: _____ |
| Nombre del programa: _____              |   |

**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.)



**SOCIO-INDIVIDUAL**

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



SI

A VECES

TODAVIA NO

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. ¿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 las veces? Si contesta "no", explique:

 SI NO



Nombre del bebé: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_  
 # de identificación del bebé: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Nombre del programa/proveedor: \_\_\_\_\_ Para bebés prematuros, ¿seleccionó el  Sí  No  
 cuestionario apropiado tomando en  
 cuenta la edad ajustada del bebé?

**1. CALIFIQUE EL CUESTIONARIO Y PASE EL PUNTAJE TOTAL DE CADA SECCION AL GRAFICO DE ABAJO:** Véase ASQ-3 *User's Guide* para obtener más detalles, incluyendo la manera de ajustar el puntaje si faltan respuestas a algunas preguntas. Califique cada pregunta (SI = 10, A VECES = 5, TODAVIA NO = 0). Sume los puntos de cada pregunta, anotando el puntaje total en la línea provista al final de cada sección del cuestionario. En el gráfico de abajo, anote el puntaje total de cada sección, y rellene el círculo correspondiente.

| Área                    | Límite | Puntaje Total | 0 | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 |
|-------------------------|--------|---------------|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Comunicación            | 33.06  |               | ● | ● | ●  | ●  | ●  | ●  | ●  | ●  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  |
| Motora gruesa           | 30.61  |               | ● | ● | ●  | ●  | ●  | ●  | ●  | ●  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  |
| Motora fina             | 40.15  |               | ● | ● | ●  | ●  | ●  | ●  | ●  | ●  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  |
| Resolución de problemas | 36.17  |               | ● | ● | ●  | ●  | ●  | ●  | ●  | ●  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  |
| Socio-individual        | 35.84  |               | ● | ● | ●  | ●  | ●  | ●  | ●  | ●  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  |

**2. TRANSFIERA LAS RESPUESTAS DE LA SECCION TITULADA "OBSERVACIONES GENERALES":** Las respuestas escritas en negrita o con mayúsculas requerirán un seguimiento. Véase el capítulo 6 del ASQ-3 *User's Guide* para obtener información sobre las pautas a seguir.

- |   |       |  |       |
|---|-------|--|-------|
| 1. ¿Usa ambas manos y ambas piernas por igual?<br>Comentarios:                  | SÍ NO | 5. ¿Preocupaciones sobre la vista?<br>Comentarios:       | SI No |
| 2. ¿Normalmente pone los pies completamente planos en el suelo?<br>Comentarios: | SÍ NO | 6. ¿Hay problemas de salud recientes?<br>Comentarios:    | SI No |
| 3. ¿Preocupaciones porque no hace sonidos?<br>Comentarios:                      | SI No | 7. ¿Preocupaciones sobre comportamiento?<br>Comentarios: | SI No |
| 4. Historial: ¿Hay problemas auditivos en la familia?<br>Comentarios:           | SI No | 8. ¿Otras preocupaciones?<br>Comentarios:                | SI No |

**3. INTERPRETACION DEL PUNTAJE Y RECOMENDACIONES PARA EL SEGUIMIENTO DEL ASQ:** Para determinar el nivel de seguimiento apropiado, hay que tomar en cuenta el *Puntaje total* de cada sección, las respuestas de la sección titulada "Observaciones generales", y también factores adicionales, tales como considerar si el bebé tiene oportunidades para practicar las habilidades.

- Si el *Puntaje total* está dentro del área □, el puntaje del bebé está por encima de las expectativas, y el desarrollo del bebé parece estar bien hasta ahora.
- Si el *Puntaje total* está dentro del área ▨, el puntaje está apenas por encima de las expectativas. Proporcione actividades adicionales para ayudarle al bebé y vigile su progreso.
- Si el *Puntaje total* está dentro del área ■, el puntaje está debajo de las expectativas. Quizás se requiera una evaluación adicional más a fondo.

**4. SEGUIMIENTO DEL ASQ:** Marque todos los que apliquen.

- \_\_\_\_\_ Dar actividades adicionales y reevaluar en \_\_\_\_\_ meses.
- \_\_\_\_\_ Compartir los resultados con su médico familiar (primary health care provider).
- \_\_\_\_\_ Referirlo/la para una evaluación auditiva, visual, o de comportamiento. (Marque con un círculo todos los que apliquen.)
- \_\_\_\_\_ Referirlo/la a un médico familiar u otra agencia comunitaria (favor de escribir la razón): \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Referirlo/la a un programa de intervención temprana/educación especial para niños preescolares para hacer una evaluación adicional.
- \_\_\_\_\_ No tomar medidas adicionales en este momento.
- \_\_\_\_\_ Medida adicional (favor de escribirla): \_\_\_\_\_

**5. OPCIONAL:** Anote las respuestas específicas (S = SI, V = A VECES, N = TODAVIA NO, R = falta esta respuesta).

|                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|-------------------------|---|---|---|---|---|---|
| Comunicación            |   |   |   |   |   |   |
| Motora gruesa           |   |   |   |   |   |   |
| Motora fina             |   |   |   |   |   |   |
| Resolución de problemas |   |   |   |   |   |   |
| Socio-individual        |   |   |   |   |   |   |