

Edades y Etapas: Social-Emocional

Un Cuestionario Completado por los Padres para Evaluar el Comportamiento Social-Emocional de los Niños*

Por Jane Squires, Diane Bricker y Elizabeth Twombly

con la ayuda de Suzanne Yockelson, Maura Schoen Davis y Younghee Kim

Copyright © 2002 por Paul H. Brookes Publishing Co.



30 Meses Cuestionario

(Para niños de 27 a 32 meses de edad)

.....

Puntos Importantes de Recordar:

- Las preguntas por turno usan “niño” o “niña” como ejemplos. Por favor conteste todas las preguntas sin importar si usted tiene un niño o una niña.
- 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 _____ .
- Muchas gracias y por favor espere llenar otro cuestionario en _____ meses.

*Translated from the English:
*Ages & Stages Questionnaires®: Social-Emotional:
A Parent-Completed, Child-Monitoring System
for Social-Emotional Behaviors.* Squires et al.
© 2002 Paul H. Brookes Publishing Co.



Edades y Etapas: Social-Emocional

Un Cuestionario Completado por los Padres para Evaluar el Comportamiento Social-Emocional de los Niños*

Por **Jane Squires, Diane Bricker y Elizabeth Twombly**

con la ayuda de **Suzanne Yockelson, Maura Schoen Davis y Younghee Kim**

Copyright © 2002 por Paul H. Brookes Publishing Co.

ASQ:SE 30 Meses Cuestionario

(Para niños de 27 a 32 meses de edad)

.....

Por favor dé la siguiente información.

Nombre del niño/a: _____

Fecha de nacimiento del niño/a: _____

Fecha de hoy: _____

Persona llenando este cuestionario:

¿Cuál es su relación con el niño/a? _____

Su número de teléfono: _____

Su dirección (para correspondencia): _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Haga una lista de cualquier otra persona que le asista en llenar este cuestionario: _____

Programa de administración/proveedor: _____

* Translated from the English:
*Ages & Stages Questionnaires®: Social-Emotional:
A Parent-Completed, Child-Monitoring System
for Social-Emotional Behaviors, Squires et al.
© 2002 Paul H. Brookes Publishing Co.*



Por favor lea cada una de las preguntas con cuidado y

1. Marque el cuadro que describa mejor el comportamiento de su niño/a y

2. Marque el círculo si este comportamiento le preocupa

LA
MAYORÍA
DE LAS
VECES

ALGUNAS
VECES

RARA VEZ
O NUNCA

MARQUE SI
ESTO ES
UNA PRE-
OCUPACIÓN

1. Cuando usted le habla a su niño, ¿le mira a usted?

c

v

x

2. ¿A su niña le gusta que la abracen o la acurruquen?

c

v

x

3. ¿Se apega su niño a usted más de lo que usted espera?

x

v

c



4. ¿Les saluda o les dice hola su niña a los adultos que ella conoce?

c

v

x

5. ¿Parece ser contento su niño?

c

v

x

6. ¿A su niña le gusta escuchar cuentos o cantar canciones?

c

v

x

7. ¿Parece ser su niño demasiado amistoso con los desconocidos?

x

v

c

8. ¿Parece ser su niña más activa que otros niños de su misma edad?

x

v

c



9. ¿Se puede calmar por sí mismo su niño después de períodos de actividad agitada?

c

v

x

TOTAL EN LA PÁGINA ____

	LA MAYORÍA DE LAS VECES	ALGUNAS VECES	RARA VEZ O NUNCA	MARQUE SI ESTO ES UNA PRE- OCUPACIÓN
10. ¿Llora, grita o hace berrinche su niña durante mucho rato?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> c	<input type="radio"/>
11. ¿Hace su niño las cosas una y otra vez y parece incapaz de dejar de hacerlo? Unos ejemplos son mecerse, manotear, dar vueltas o _____ . (Usted puede anotar cualquier otra cosa.)	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> c	<input type="radio"/>
12. ¿Puede permanecer su niña con actividades que le gustan por lo menos 3 minutos (no incluye mirando la televisión)?	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/>
13. ¿Hace su niño lo que usted le pide?	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/>
14. ¿A su niña le interesan las cosas alrededor de ella, como personas, juguetes y comida?	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/>
15. Cuando su niño está alterado, ¿se puede calmar dentro de 15 minutos?	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/>
16. ¿Tiene su niña problemas con la alimentación, como llenarse la boca, vomitar, comer cosas que no son comida o _____ ? (Usted puede anotar cualquier problema.)	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> c	<input type="radio"/>



TOTAL EN LA PÁGINA ____

	LA MAYORÍA DE LAS VECES	ALGUNAS VECES	RARA VEZ O NUNCA	MARQUE SI ESTO ES UNA PRE- OCUPACIÓN
17. ¿Usted y su niño disfrutan de la hora de comida juntos?	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/>
18. Cuando usted señala a alguna cosa, ¿mira su niña en la dirección de que usted señala?	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/>
19. ¿Duerme su niño por lo menos 8 horas dentro de un período de 24 horas?	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/>
20. ¿Le avisa su niña como se siente con gestos o palabras? Por ejemplo, ¿le avisa cuando tiene hambre, se lastima o está cansada?	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/>
21. ¿Sigue su niño las instrucciones de rutina? Por ejemplo, ¿viene a la mesa o ayuda a recoger sus juguetes cuando se lo pide?	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/>
22. ¿Lo/la busca con la mirada su niña para asegurarse que usted está cerca cuando ella está explorando lugares nuevos, como un parque o la casa de un amigo?	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/>
23. ¿Puede pasar su niño de una actividad a otra sin mucha dificultad, como de la hora de jugar a la hora de comida?	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/>
24. ¿Se mantiene alejada su niña de los peligros, como el fuego o los carros en movimiento?	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/>
TOTAL EN LA PÁGINA				___

LA
MAYORÍA
DE LAS
VECES

ALGUNAS
VECES

RARA VEZ
O NUNCA

MARQUE SI
ESTO ES
UNA PRE-
OCUPACIÓN

25. ¿Destruye o daña las cosas a propósito su niño?



X

V

C

26. ¿Se lastima su niña a propósito?

X

V

C

27. ¿Juega su niña al lado de otros niños?



C

V

X

28. ¿Intenta su niña lastimar a otros niños, adultos o animales (por ejemplo, pateando o mordiendo)?

X

V

C

29. ¿Ha expresado alguien preocupación por el comportamiento de su niño? Si usted marcó “algunas veces” o “la mayoría de las veces”, por favor explique:

X

V

C

30. ¿Tiene usted preocupaciones por las costumbres de comer y dormir de su niña o acerca del entrenamiento para ir al baño? Si así es, por favor explique:

TOTAL EN LA PÁGINA ____

31. ¿Hay algo que le preocupa de su niño? Si así es, por favor explique:

32. ¿Cuáles son las cosas que disfruta más de su niña?
