

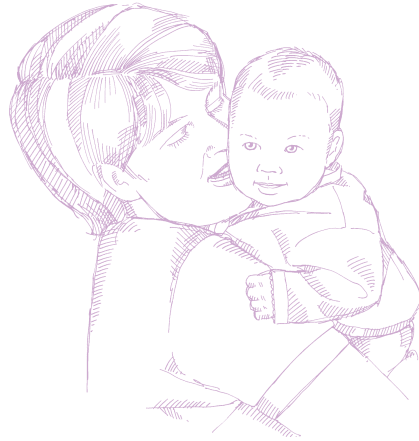
## Edades y Etapas: Social-Emocional

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.



# 18 Meses Cuestionario

(Para niños de 15 a 20 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 18 Meses Cuestionario

(Para niños de 15 a 20 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 cualquiera 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. Cuando usted se va, ¿se queda alterada y llorando su niña durante más de una hora?

 x

 v

 c

3. ¿Se ríe o se sonríe su niño cuando usted juega con él?


 c

 v

 x

4. ¿Le busca su niña a usted cuando un desconocido se acerca?

 c

 v

 x

5. ¿Tiene su niño el cuerpo relajado?

 c

 v

 x

6. ¿A su niña le gusta que la abrecen o la acurruquen?

 c

 v

 x

7. Cuando su niño está alterado, ¿se puede calmar dentro de 15 minutos?

 c

 v

 x

8. Al levantar a su niña, ¿se pone rígida y arquea la espalda?

 x

 v

 c

9. ¿Llora, grita o hace berrinche su niño durante mucho rato?

 x

 v

 c

TOTAL EN LA PÁGINA \_\_\_\_

	LA MAYORÍA DE LAS VECES	ALGUNAS VECES	RARA VEZ O NUNCA	MARQUE SI ESTO ES UNA PRE- OCUPACIÓN
10. ¿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"/>
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. ¿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"/>
13. ¿Tiene su niño dificultad para dormirse a la hora de la siesta o en la noche?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> c	<input type="radio"/>
14. ¿Usted y su niña disfrutan de la hora de comida juntos?	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/>
15. ¿Duerme su niño por lo menos 10 horas dentro de un período de 24 horas?	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/>
16. 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"/>
17. ¿Se estríñe o tiene diarrea su niño?	<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
18. ¿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"/>
19. ¿Sigue su niño instrucciones sencillas? Por ejemplo, ¿se sienta cuando se lo piden?	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/>
20. ¿A su niña le gusta jugar cerca de y estar con miembros de la familia y amigos?	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/>
21. ¿Lo/la busca con la mirada su niño para asegurarse que usted está cerca cuando él 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"/>
22. ¿A su niña le gusta escuchar cuentos o cantar canciones?	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/>
23. ¿Se lastima su niño a propósito?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> c	<input type="radio"/>
24. ¿A su niña le gusta estar con otros niños?	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/>
25. ¿Intenta su niño lastimar a otros niños, adultos o animales (por ejemplo, pateando o mordiendo)?	<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

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

x

v

c

---

---

---

---

27. ¿Tiene usted preocupación por las costumbres de comer y dormir de su niño? Si así es, por favor explique:

---

---

---

---

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

---

---

---

---

---

29. ¿Cuáles son las cosas que disfruta más de su niño?

---

---

---

---

---

TOTAL EN LA PÁGINA \_\_\_\_