

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.



24 Meses/2 Años Cuestionario



(Para niños de 21 a 26 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 24 Meses/2 Años

Cuestionario

(Para niños de 21 a 26 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 niña, ¿le mira a usted? | <input type="checkbox"/> c | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> |
| 2. ¿Parece ser su niño demasiado amistoso con los desconocidos? | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> c | <input type="radio"/> |
| 3. ¿Se ríe o se sonríe su niña cuando usted juega con ella? | <input type="checkbox"/> c | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> |
| 4. ¿Tiene su niño el cuerpo relajado? | <input type="checkbox"/> c | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> |
| 5. Cuando usted se va, ¿se queda alterada y llorando su niña durante más de una hora? | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> c | <input type="radio"/> |
| 6. ¿Les saluda o les dice hola su niño a los adultos que él conoce? | <input type="checkbox"/> c | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> |
| 7. ¿A su niña le gusta que la abracen o la acurruquen? | <input type="checkbox"/> c | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> |
| 8. 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"/> |
| 9. Al levantar a su niña, ¿se pone rígida y arquea la espalda? | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> c | <input type="radio"/> |
| 10. ¿A su niño le interesan las cosas alrededor de él, como personas, juguetes y comida? | <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
11. ¿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"/>
12. ¿Usted y su niño disfrutaban de la hora de comida juntos?	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/>
13. ¿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"/>
14. ¿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"/>
15. 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"/>
16. ¿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"/>
17. ¿Se estriñe o tiene diarrea su niña?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> c	<input type="radio"/>
18. ¿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"/>
19. ¿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"/>
TOTAL EN LA PÁGINA				___

LA
MAYORÍA
DE LAS
VECES

ALGUNAS
VECES

RARA VEZ
O NUNCA

MARQUE SI
ESTO ES
UNA PRE-
OCUPACIÓN

20. ¿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?

c

v

x

21. ¿Hace su niña 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.)

x

v

c

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



c

v

x

23. ¿Se lastima su niño a propósito?

x

v

c

24. ¿A su niño le gusta estar con otros niños?



c

v

x

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

x

v

c

26. ¿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

TOTAL EN LA PÁGINA ____

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

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

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