



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

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

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 \_\_\_\_\_

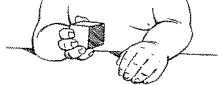
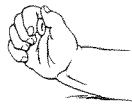



**MOTORA GRUESA**

	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)

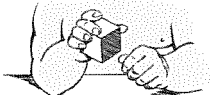
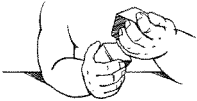
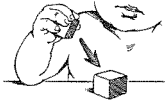
	SI	A VECES	TODAVIA NO	
3. Al ponerla de pie cerca de los muebles de la casa o de la cuna, ¿su bebé puede agarrarse a los muebles sin que se apoye también con el pecho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
				
4. Al estar agarrado a un mueble, ¿puede su bebé agacharse 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:

 SÍ NO

7. ¿Tiene alguna preocupación sobre el comportamiento de su bebé? Si contesta "sí", explique:

 SÍ NO

8. ¿Le preocupa algún aspecto del desarrollo de su bebé? Si contesta "sí", explique:

 SÍ NO