

**Cuestionario para los padres**  
**Escala de lenguaje infantil de Louis Rossetti**

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Su nombre: \_\_\_\_\_  
Relación con el niño: \_\_\_\_\_

Las siguientes preguntas son acerca de las interacciones de su hijo/a con usted y el desarrollo de la comunicación desde el nacimiento. Por favor complete la mayor cantidad de preguntas que sea posible. Sus respuestas proporcionarán información importante para el equipo de profesionales del desarrollo del niño que se reunirá con usted y su hijo/a. Gracias por su ayuda.

**Interacciones y Desarrollo de la Comunicación**

¿Alguna de las siguientes preguntas describe a su hijo/a cuando era más pequeño?  
*Si marca "sí" en alguna de las siguientes preguntas, por favor use el espacio para explicar su respuesta.*

- |    |    |   |
|----|----|---|
| sí | no | <b>1.</b> ¿Se separó alguna vez por un largo tiempo su hijo/a de usted?   |
| sí | no | <b>2.</b> ¿Necesitó su hijo/a hospitalizaciones frecuentes?   |
| sí | no | <b>3.</b> ¿Resistió su hijo/a a que se le abrace?   |
| sí | no | <b>4.</b> ¿Fue su hijo/a muchas veces difícil de calmar?  |
| sí | no | <b>5.</b> ¿Tuvo cólicos su hijo/a frecuentemente?   |
| sí | no | <b>6.</b> ¿Le pareció muy inquieto/a su hijo/a?   |
| sí | no | <b>7.</b> ¿Le pareció muy quieto/a su hijo/a?   |
| sí | no | <b>8.</b> ¿No fue su hijo/a receptivo cuando usted hablaba con él/ella?   |
| sí | no | <b>9.</b> ¿Evitó a menudo su hijo/a contacto visual con usted o con otras personas?   |
| sí | no | <b>10.</b> ¿Jugó su hijo/a frecuentemente de una manera diferente con los juguetes?   |
| sí | no | <b>11.</b> ¿Usó su hijo/a gestos para comunicarse?  |
| sí | no | <b>12.</b> ¿Demostró su hijo/a interés en otras personas u objetos a su alrededor? <i>Si responde "sí" a esta pregunta, por favor explique.</i> |

## Comprensión y Entendimiento

Cuando compara su hijo/a con otros niños de la misma edad:

- sí      no      **13.** ¿Se confunde su hijo/a fácilmente cuando pasan muchas cosas a su alrededor? *Si responde "sí" a esta pregunta por favor explique.*
- 14.** ¿Cómo responde su hijo/a cuando le dan indicaciones?
- 15.** ¿Cómo responde su hijo/a a preguntas simples?
- 16.** ¿Cómo describiría usted la inteligencia y habilidad de pensamiento de su hijo/a?

## Desarrollo del Habla y Lenguaje

**17.** Describa el tipo de sonidos que hizo su hijo/a antes de tener un año de edad- arrullar, sonidos prolongados de vocales, balbuceo repetido de sílabas, chillar, etc.

sí      no      **18.** ¿Hubo algo fuera de lo común acerca de los sonidos que hizo su hijo/a durante este periodo? *Si responde "sí" a esta pregunta por favor explique.*

**19.** ¿Cuándo dijo su hijo/a su primera palabra real?

sí      no      **20.** ¿Continuó su hijo/a a aumentar palabras nuevas en forma regular? *Si responde "no" a esta pregunta, por favor responda a las preguntas a y b.*

a. ¿Qué tan a menudo aumentó su hijo/a una palabra nueva?

b. ¿Usó su hijo/a frecuentemente otra forma de comunicación?

sí      no      **21.** ¿Le pareció que el desarrollo del habla y lenguaje de su hijo/a paró por un tiempo? *Si responde "sí" a esta pregunta, por favor responda a las preguntas a y b.*

a. ¿Cuándo y por qué cree que paró?

b. ¿Cómo se comunicó su hijo/a con usted durante este tiempo?

**22.** ¿Cuándo empezó su hijo/a a poner dos o tres palabras juntas?

**23.** ¿Cuándo empezó su hijo/a a usar oraciones más completas?

**24.** ¿Cuántas palabras diferentes dice su hijo/a ahora?

**25.** ¿Considera que su hijo/a es hablador/a o callada/o?

- 26.** ¿Cómo le deja saber su hijo/a lo que el/ella quiere?  
Si respondió esta pregunta diciendo que “apuntando” o “con gestos”, por favor responda a las preguntas a y b.
- a. ¿Trata de hablar su hijo/a en combinación con apuntar/señas?
  - b. ¿Alguien en su familia habla por su hijo/a o interpreta sus gestos?

sí no **27.** ¿Alguna vez ha hablado su hijo/a mejor de lo que habla ahora?

- sí no **28.** ¿Cree que el habla de su hijo/ es normal de lo que habla ahora?  
*Si responde “no” a esta pregunta, por favor responda a las preguntas a, b y c*
- a. ¿Qué tan bien entiende usted el habla de su hijo/a?
  - b. ¿Qué tan bien entiende el habla de su hijo/a personas que no son de la familia?
  - c. ¿Cómo reacciona su hijo/a si no es entendido por otras personas?

sí no **29.** ¿Tiene alguna preocupación acerca de la manera que funciona la lengua o boca de su hijo/a para hablar o comer?  
*Si responde “sí” a esta pregunta, por favor explique*

**30.** ¿En que momento? ¿Qué le preocupa más sobre las habilidades del habla y lenguaje de su hijo/a?

**31.** ¿Qué has hecho usted para ayudarle a su hijo/a a aprender hablar?

sí no **32.** ¿Le ha parecido fuera de lo normal algo en el desarrollo del habla o del lenguaje de su hijo/a? *Si responde “sí” a esta pregunta, por favor explique.*

**33.** ¿Cuánto tiempo pasa su hijo con otros niños?

sí no **34.** ¿Alguien en su familia ha tenido algún problema el habla o lenguaje?  
*Si responde “sí” a esta pregunta, por favor explique*

**35.** Nombre otros especialistas que han visto a su hijo/a:  
Médicos

Para la audición

**36.** ¿Qué información sobre su hijo/a le gustaría obtener de esta evaluación?

Abajo hay una lista de palabras que guaguas o bebes entienden o dicen. Por favor ponga un check ( ) al lado de la palabra que usted cree que su hijo/a *entiende*. Dibuje un circulo alrededor de las palabras que su hijo/a *dice* cuando hala con usted.

A?	Cuchara	Manzana	Plátano
Abajo	Decir adiós	Más	Por favor
Abuelita	Dedos	Más galleta	Qué
Abuelito	Dedos del pie	McDonald's	Qué es
Acabé/terminé	Dientes	Mira	Queso
Adentro	Dormir	Mío	Quiero
Afuera	Dulce	Mojado	Reloj
Agua	En	Nariz	Salir
Arriba	Feo	Nieve	Sed
Auto	Flor	Niña	Shhhh
Bebe	Frío	Niño	Sí
Bici	Galleta	No	Siéntate
Boca	Gato	No hay	Silla
Botas	Globo	Nombre de la	Sopa
Brazos	Gorro/sombrero	niñera/nana	Sucio
Buenas noches	Gracias	Oídos	Tan grande
Caballo/caballito	Grande	Ojos	Taza tele
Caer	Guata	Oso (de peluche)	Teléfono
Calcetín	Hola	Pájaro	Tía
Caliente	Iglesia	Palo	Tío
Camión/camioneta	Insecto	Pan	Todo
Camisa/clusa	Ir	Pañal	Tomar
Cansado	Ir a dormir	Pañuelo	Tu
Cartera(bolso)	Ir cama	Papá/papi	Uh-oh
Chaqueta	Jugo	Papel	Vaso
Chicle	Juguetes	Para	Ver
Chu-chu	Leche	Peineta/cepillo	Viejo
Cielo	Libro	Pelo	Wáter/baño
Cocina	llave	Pelota	Yo
Columpio	Luz	Pequeño/chico	Zapato
Comer	Mamá/mami	Perro/perrito	
Comer galleta	Mamadera	Piedra/roca	
Conejo	Manos	Piernas	

Escriba los nombres de familiares, amigos o mascotas que su hijo/a sabe

---



---



---

Escriba otras palabras que su hijo/a dice.

---



---