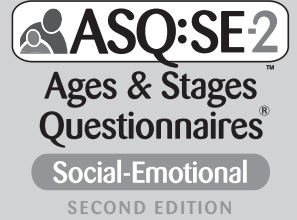




Cuestionario de 60 meses

54 meses 0 días a 72 meses 0 días



Fecha en que se completó el ASQ:SE-2: _____

Información del niño/a

Nombre del niño/a: _____ Inicial del segundo nombre del niño/a: _____ Apellido(s) del niño/a: _____

Fecha de nacimiento del niño/a: _____

Sexo del niño/a: Masculino Femenino

Persona que hace el cuestionario

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido(s): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado/provincia: _____ Código postal: _____

País: _____ Teléfono de casa: _____ Otro # de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Relación con el niño/a: Padre/madre Guardián/tutor Maestro/a Otro: _____
 Abuelo/a u otro pariente Padre/madre de acogida Proveedor de cuidado infantil

Nombres de las personas que ayudan a hacer el cuestionario: _____

Información del programa

(para uso del programa exclusivamente)

| | |
|-----------------------------------|--|
| # de identificación del niño/a: | Edad del niño/a cuando se hizo la evaluación, en meses y días: |
| # de identificación del programa: | |
| Nombre del programa: | |

En las páginas siguientes, usted verá preguntas sobre comportamientos diversos que un niño puede tener. Favor de leer cada pregunta cuidadosamente y marcar el cuadro que mejor describa el comportamiento de su niño/a. También le pedimos que marque el círculo si ese comportamiento le preocupa a usted.

Puntos importantes:

- Conteste las preguntas basándose en lo que usted sabe sobre el comportamiento de su niño/a.
- Conteste las preguntas basándose en el comportamiento que su niño/a muestra *regularmente* y no en el comportamiento que muestra cuando está cansado/a, enfermo/a o con hambre.
- Las personas que están a cargo del niño/a y que lo/la conocen porque pasan más de 15–20 horas por semana con él/ella, deberían hacer un cuestionario ASQ:SE-2 para ese/a niño/a.
- Favor de completar y enviarnos este cuestionario para esta fecha: _____
- Si tiene preguntas o cualquier preocupación sobre su niño/a o sobre este cuestionario, favor de ponerse en contacto con: _____
- Muchas gracias. Le pediremos que haga otro cuestionario ASQ:SE-2 en _____ meses.

| | A MENUDO O SIEMPRE | A VECES | RARA VEZ O NUNCA | MARQUE AQUÍ SI ESTO LE PREOCUPA | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------|-------|
| 1. ¿Su hijo lo/la mira cuando usted le habla? | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v | _____ |
| 2. ¿Su hija es demasiado apegada a usted (más de lo que usted espera)? | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | <input type="radio"/> v | _____ |
| 3. ¿A su hijo le gusta que lo abracen o lo acurruquen? | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v | _____ |
| | | | | | |
| 4. ¿Su hija habla o juega con adultos que conoce bien? | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v | _____ |
| 5. Cuando su hijo está alterado, ¿puede calmarse en un lapso de tiempo de 15 minutos o menos? | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v | _____ |
| 6. ¿Su hija parece ser demasiado amigable con personas desconocidas? | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | <input type="radio"/> v | _____ |
| 7. ¿Su hijo se calma sin ayuda después de participar en actividades estimulantes? | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v | _____ |

PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA _____

| | A MENUDO O SIEMPRE | A VECES | RARA VEZ O NUNCA | MARQUE AQUÍ SI ESTO LE PREOCUPA | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------|-------|
| 8. ¿Su hija parece estar contenta? | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v | _____ |
| 9. ¿Su hijo llora, grita o hace berrinche por períodos largos? | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | <input type="radio"/> v | _____ |
| 10. ¿A su hija le interesan las cosas que la rodean, como personas, juguetes o comida? | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v | _____ |
| | | | | | |
| 11. ¿Su hijo va solo al baño? (Está bien si usted tiene que recordarle o ayudarle a limpiarse.) | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v | _____ |
| 12. ¿Su hija tiene problemas con la alimentación? Por ejemplo, ¿se llena la boca, vomita o come cosas que no son comida o _____? Favor de describir el problema. | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | <input type="radio"/> v | _____ |
| <hr/> <hr/> | | | | | |
| 13. ¿Su hijo puede permanecer haciendo actividades que él disfruta (que no sean mirar la tele, videos o juegos electrónicos) por al menos 15 minutos? | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v | _____ |
| 14. ¿Usted y su hija disfrutan juntos/as de la hora de la comida? | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v | _____ |
| 15. ¿Su hijo hace lo que usted le pide? Por ejemplo, ¿se lava las manos o toma su turno cuando se lo pide? | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v | _____ |
| 16. ¿Su hija parece ser más activa que otras niñas de su misma edad? | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | <input type="radio"/> v | _____ |
| 17. ¿Su hijo duerme por lo menos 8 horas en un período de 24 horas? | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v | _____ |

PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA _____

| | A MENUDO O SIEMPRE | A VECES | RARA VEZ O NUNCA | MARQUE AQUÍ SI ESTO LE PREOCUPA | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------|-------|
| 18. ¿Su hija usa palabras para decirle lo que quiere o necesita? | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v | _____ |
| 19. ¿Su hijo usa palabras para describir sus sentimientos y los sentimientos de otros, por ejemplo, "Estoy contento", "No me gusta eso" o "Ella está triste"? | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v | _____ |
| 20. ¿Su hija puede cambiar de una actividad a otra sin gran dificultad (por ejemplo, deja de jugar cuando es hora de comer)? | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v | _____ |
| 21. ¿Su hijo explora lugares nuevos, como un parque o la casa de un amigo? | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v | _____ |
| 22. ¿Su hija repite la misma acción una y otra vez y se altera cuando usted intenta detenerla? Por ejemplo, se mece, agita las manos, da vueltas, o _____? Favor de describir qué hace su niño/a. _____ | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | <input type="radio"/> v | _____ |
| 23. ¿Su hijo se lastima a propósito? | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | <input type="radio"/> v | _____ |
| 24. ¿Su hija sigue las reglas en casa o en donde la cuidan? | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v | _____ |
| 25. ¿Su hijo destruye o daña las cosas a propósito? | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | <input type="radio"/> v | _____ |
| 26. ¿Su hija se mantiene alejada de los peligros, como el fuego o los carros (autos) en movimiento? | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v | _____ |
| 27. ¿Su hijo se preocupa por los sentimientos de otras personas? Por ejemplo, ¿se ve triste cuando alguien se lastima? | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v | _____ |
| 28. ¿A los otros niños les gusta jugar con su hija? | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v | _____ |



PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA _____

| | A MENUDO O SIEMPRE | A VECES | RARA VEZ O NUNCA | MARQUE AQUÍ SI ESTO LE PREOCUPA | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------|-------|
| 29. ¿A su hijo le gusta jugar con otros niños? | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v | _____ |
| 30. ¿Su hija intenta lastimar a otros niños, adultos o animales (por ejemplo, los patear o los muerde)? | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | <input type="radio"/> v | _____ |
| 31. ¿Su hijo respeta turnos y comparte cuando juega con otros niños? | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v | _____ |
| 32. ¿Su hija muestra un interés en la sexualidad o usa lenguaje sexual que no es común para los niños de su edad? | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | <input type="radio"/> v | _____ |
| 33. ¿Su hijo se despierta tres veces o más durante la noche? | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | <input type="radio"/> v | _____ |
| 34. ¿Su hija se muestra excesivamente preocupada o temerosa? Si usted marcó "a veces" o "a menudo o siempre", por favor explique: _____ _____ _____ | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | <input type="radio"/> v | _____ |
| 35. ¿Su hijo tiene conversaciones sencillas con usted? Por ejemplo, Madre: "Está lloviendo" Hijo: "Y hace frío afuera" Madre: "Vamos por tu abrigo" Hijo: "Ya lo tengo" | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v | _____ |
| 36. ¿Ha expresado alguien preocupación por el comportamiento de su hija? Si usted marcó "a veces" o "a menudo o siempre", por favor explique: _____ _____ _____ | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | <input type="radio"/> v | _____ |

PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA _____

OBSERVACIONES GENERALES Use el espacio provisto aquí para hacer comentarios adicionales.

37. ¿Tiene usted alguna preocupación sobre los hábitos de su hijo en relación a comer, dormir o ir al baño? Si es así, por favor explique: SÍ NO

38. ¿Hay algo que le preocupa de su hija? Si es así, por favor explique: SÍ NO

39. ¿Qué es lo que usted disfruta de su niño?
