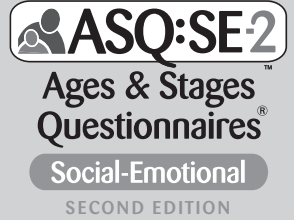




# Cuestionario de 24 meses

21 meses 0 días a 26 meses 30 días



Fecha en que se completó el ASQ:SE-2: **3/30/15**

## Información del niño/a

Nombre del niño/a: **Michael**

Inicial del segundo nombre del niño/a:

Apellido(s) del niño/a: **Gonzalez**

Fecha de nacimiento del niño/a: **2/23/13**

Sexo del niño/a:  Masculino  Femenino

## Persona que hace el cuestionario

Nombre: **Ana**

Inicial del segundo nombre:

Apellido(s): **Gonzalez**

Dirección: **20 First Street**

Ciudad: **Baltimore**

Estado/provincia: **MD**

Código postal: **21230**

País: **Estados Unidos**

Teléfono de casa: **410-888-5679**

Otro # de teléfono:

Correo electrónico: **ana.gonzalez@email.com**

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: **13235457679891384** Edad del niño/a cuando se hizo la evaluación, en meses y días: **25 meses, 7 días**

# de identificación del programa: **243465687819213**

Nombre del programa: **Guardería Villa Infantil**

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 niño lo/la mira cuando usted le habla?	<input checked="" type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<u>0</u>
2. ¿Su niña parece ser demasiado amigable con personas desconocidas?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input checked="" type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<u>0</u>
3. ¿Su niño se ríe o sonríe cuando usted juega con él?	<input checked="" type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<u>0</u>
4. ¿Su niña tiene el cuerpo relajado?	<input checked="" type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<u>0</u>
5. Cuando usted se va, ¿su niño se queda alterado y llorando por más de una hora?	<input type="checkbox"/> x	<input checked="" type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input checked="" type="checkbox"/> v	<u>10</u>
6. ¿Su niña saluda o les dice hola a los adultos que ella conoce?	<input type="checkbox"/> z	<input checked="" type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<u>5</u>
7. ¿A su niño le gusta que lo abracen o lo acurruquen?	<input checked="" type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<u>0</u>
8. Cuando su niña está alterada, ¿puede calmarse en un lapso de tiempo de 15 minutos o menos?	<input checked="" type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<u>0</u>

PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA **15**

	A MENUDO O SIEMPRE	A VECES	RARA VEZ O NUNCA	MARQUE AQUÍ SI ESTO LE PREOCUPA	
9. ¿Su niño pone el cuerpo rígido y arquea la espalda cuando lo toman en brazos?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input checked="" type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	<u>0</u>
10. ¿A su niña le interesan las cosas que la rodean, como personas, juguetes o comida?	<input checked="" type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	<u>0</u>
11. ¿Su niño llora, grita o hace berrinche por períodos largos?	<input type="checkbox"/> x	<input checked="" type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	<u>5</u>
12. ¿Usted y su niña disfrutan juntos/as de la hora de la comida?	<input checked="" type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	<u>0</u>
13. ¿Su niño 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 checked="" type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	<u>0</u>
14. ¿Su niño duerme por lo menos 10 horas en un período de 24 horas?	<input checked="" type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	<u>0</u>
15. Cuando usted señala alguna cosa con el dedo, ¿mira su niña hacia donde usted está apuntando?	<input checked="" type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	<u>0</u>
16. ¿Es difícil para su niño dormirse a la hora de la siesta o en la noche?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input checked="" type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	<u>0</u>
17. ¿Su niña se estríñe o tiene diarrea?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input checked="" type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	<u>0</u>



PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA 5

	A MENUDO O SIEMPRE	A VECES	RARA VEZ O NUNCA	MARQUE AQUÍ SI ESTO LE PREOCUPA	
18. ¿Su niño sigue instrucciones sencillas? Por ejemplo, ¿se sienta cuando se lo pide?	<input type="checkbox"/> z	<input checked="" type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	<u>5</u>
19. ¿Su niña le comunica cómo se siente con gestos o palabras? Por ejemplo, ¿le avisa cuando tiene hambre, se lastima o está cansada?	<input checked="" type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	<u>0</u>
20. ¿Su niño intenta asegurarse de que usted esté cerca cuando explora nuevos lugares, como un parque o la casa de un amigo?	<input checked="" type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	<u>0</u>
21. ¿Su niña 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 niña. _____ _____	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input checked="" type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	<u>0</u>
22. ¿A su niño le gusta escuchar cuentos o cantar canciones?	<input checked="" type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	<u>0</u>
23. ¿Su niña se lastima a propósito?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input checked="" type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	<u>0</u>
24. ¿A su hijo le gusta estar con otros niños? Por ejemplo, ¿se mueve de un lugar a otro para acercarse o para mirar a otros niños?	<input checked="" type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	<u>0</u>
25. ¿Su hija intenta lastimar a otros niños, adultos o animales (por ejemplo, los patea o los muerde)?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input checked="" type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	<u>0</u>
26. ¿Su niño intenta mostrarle cosas, señalándolas con el dedo y luego mirándolo/la a usted?	<input checked="" type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	<u>0</u>

PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA 5

	A MENUDO O SIEMPRE	A VECES	RARA VEZ O NUNCA	MARQUE AQUÍ SI ESTO LE PREOCUPA	
27. ¿Su niña utiliza el juego imaginativo o de roles? Por ejemplo, ¿habla por teléfono, le da de comer a su muñeca o hace volar un avión de juguete?	<input checked="" type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	<u>0</u>
28. ¿Su niño se despierta tres veces o más durante la noche?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input checked="" type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	<u>0</u>
29. ¿Su niña responde cuando usted la llama por su nombre? Por ejemplo, ¿voltea la cabeza para mirarlo/la a usted?	<input checked="" type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	<u>0</u>
30. ¿Su niño se muestra excesivamente preocupado o temeroso? Si usted marcó "a veces" o "a menudo o siempre", por favor explique: <u>Michael se muestra inseguro cuando está en lugares o situaciones que no le son familiares.</u>	<input type="checkbox"/> x	<input checked="" type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	<u>5</u>
31. ¿Ha expresado alguien preocupación por el comportamiento de su niña? Si usted marcó "a veces" o "a menudo o siempre", por favor explique: <u>La persona que cuida a Michael dice que le toma tiempo parar de llorar cuando lo dejamos.</u>	<input type="checkbox"/> x	<input checked="" type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input checked="" type="radio"/> v	<u>10</u>

PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA \_\_\_\_\_

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

32. ¿Tiene usted alguna preocupación sobre los hábitos de comer o dormir de su niño?

Si es así, por favor explique:

SÍ

NO

No

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

SÍ

NO

La manera en que Michael reacciona cuando se encuentra en situaciones nuevas nos preocupa porque se pone muy irritable y llora por mucho tiempo.

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

Cuando Michael se siente contento y cómodo, su sonrisa y risa hacen que todos sonrían a su alrededor.

Nombre del niño/a: Michael Gonzalez Fecha en que se completó el ASQ:SE-2: 3/30/15  
 # de identificación del niño/a: 13235457679891384 Fecha de nacimiento del niño/a: 2/23/13  
 Persona que contestó el ASQ:SE-2: Madre Edad del niño/a en meses y días: 25 meses, 7 días  
 Nombre del programa/proveedor: Guardería Villa Infantil Sexo del niño/a:  Masculino  Femenino

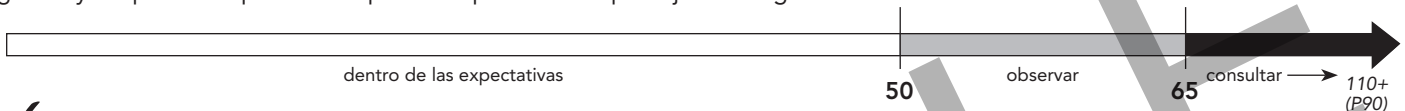
**1. GRÁFICA PARA ASIGNAR PUNTAJES ASQ:SE-2:**

- Asigne un puntaje a cada pregunta (Z = 0, V = 5, X = 10, Preocupación = 5).
- Transfiera el total de cada página y súmelos para obtener el puntaje total.
- Anote el puntaje total del niño/a a un lado del punto de corte.

PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA 1	<b>15</b>
PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA 2	<b>5</b>
PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA 3	<b>5</b>
PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA 4	<b>15</b>
<b>Puntaje total</b>	<b>40</b>

Punto de corte	Puntaje total
65	<b>40</b>

**2. CÓMO INTERPRETAR EL PUNTAJE ASQ:SE-2:** Identifique aproximadamente en dónde cae el puntaje total del niño/a en la gráfica y después marque el área que corresponda a ese puntaje en la siguiente lista de resultados:



- El puntaje total del niño/a cae en el área . Está por debajo del punto de corte. El desarrollo socio-emocional del niño/a parece estar dándose dentro de las expectativas.
- El puntaje total del niño/a cae en el área . Está cerca del punto de corte. Vea cuáles son los comportamientos que son motivo de preocupación y monitoree al niño/a en estas áreas de desarrollo.
- El puntaje total del niño/a cae en el área . Está por encima del punto de corte. Es posible que se necesite hacer evaluaciones adicionales con un profesional.

**3. OBSERVACIONES GENERALES Y PREOCUPACIONES:** Anote las respuestas y transfiera los comentarios hechos por los padres o personas a cargo del niño/a. Las preguntas marcadas como Sí necesitarán un seguimiento.

- 1-31. ¿Se marcó como preocupación alguna de las preguntas con puntaje?  Sí  no Comentarios: \_\_\_\_\_
32. ¿Preocupaciones sobre los hábitos de comer/dormir?  sí  no Comentarios: **Adaptarse a situaciones nuevas**
33. ¿Otras preocupaciones?  Sí  no Comentarios: \_\_\_\_\_

**4. CONSIDERACIONES PARA HACER UN SEGUIMIENTO Y REFERIR A LAS FAMILIAS:** Contestar las siguientes preguntas con Sí, No o No estoy seguro(a) (S, N, NES). Ver páginas 98-103 en el ASQ:SE-2 User's Guide.

- No Factores de tiempo/de lugar (por ej., ¿El comportamiento del niño/a es igual en la casa y en la escuela?)
- No Factores del desarrollo (por ej., ¿El comportamiento del niño/a está relacionado a su etapa de desarrollo o a un atraso en el desarrollo?)
- No Factores de salud (por ej., ¿El comportamiento del niño/a está relacionado a factores biológicos o de salud?)
- No Factores familiares/culturales (por ej., ¿El comportamiento del niño/a es aceptable en la cultura o contexto familiar en el que está creciendo? ¿Ha habido algunas situaciones estresantes en la vida del niño/a recientemente?)
- Sí Preocupaciones de los padres (por ej., ¿Expresó alguna preocupación el padre/madre u otra persona a cargo del niño/a con respecto al comportamiento de éste?)

**5. SEGUIMIENTO DEL ASQ:** Marcar todos los puntos que apliquen:

- No Dar actividades para el/la niño/a y reevaluar en \_\_\_ meses.
- Sí Compartir resultados con el proveedor primario de servicios de salud.
- Sí Dar materiales de educación para padres.
- No Dar información sobre clases para padres o grupos de apoyo disponibles en el área.
- No Pedirle a otra de las personas a cargo del niño/a (por ej., abuelo, maestra, etc.) que haga el cuestionario ASQ:SE-2. Favor de anotar el nombre de esa persona aquí: \_\_\_\_\_
- No Hacerle una evaluación de desarrollo al niño/a (es decir, ASQ-3).
- No Referir al niño/a a un programa de intervención temprana o de educación especial en la primera infancia.
- No Referir al niño/a para que le hagan una evaluación socio-emocional, de comportamiento o de salud mental.
- \_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_