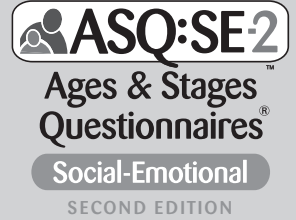




Cuestionario de 12 meses

9 meses 0 días a 14 meses 30 días



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

Información del bebé

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

Fecha de nacimiento del bebé: _____ Si el/la bebé nació prematuro/a (con 3 semanas de anticipación o más), favor de escribir cuántas semanas se adelantó: _____

Sexo del bebé: 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/la bebé: 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 bebé: _____ Edad del bebé cuando se hizo la evaluación, en meses y días



de identificación del programa: _____ Si el/la bebé nació prematuro/a, la edad ajustada, en meses y días:

Nombre del programa: _____


En las páginas siguientes, usted verá preguntas sobre comportamientos diversos que un bebé puede tener. Favor de leer cada pregunta cuidadosamente y marcar el cuadro que mejor describa el comportamiento de su bebé. 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 bebé.
- Conteste las preguntas basándose en el comportamiento que su bebé 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 bebé 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 bebé.
- Favor de completar y enviarnos este cuestionario para esta fecha: _____
- Si tiene preguntas o cualquier preocupación sobre su bebé 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 bebé se ríe o le sonríe a usted y a otros miembros de la familia?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
					
2. ¿Su bebé lo/la busca a usted cuando un desconocido se acerca?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
3. ¿A su bebé le gusta estar con familiares y amigos y jugar cerca de ellos?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
4. ¿A su bebé le gusta que la tomen y la sostengan en brazos?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
5. Cuando su bebé está alterado, ¿puede calmarse en un lapso de tiempo de media hora o menos?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
6. ¿Su bebé pone el cuerpo rígido y arquea la espalda cuando la toman en brazos?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
7. ¿A su bebé le gusta jugar juegos como: "¿Dónde está el bebé?" (pícabu)?	<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 bebé tiene el cuerpo relajado?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
9. ¿Su bebé 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. ¿Su bebé puede calmarse por sí mismo, por ejemplo chupándose la mano o el chupón (chupete)?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
					
11. ¿A su bebé 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	_____
12. ¿Tarda usted más de 30 minutos en darle de comer a su bebé?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
13. ¿Usted y su bebé disfrutan juntos/as la hora de comer (cuando le da pecho o biberón)?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
14. ¿Su bebé tiene algún problema o dificultad cuando come? ¿Parece que se ahoga o atraganta con la comida, vomita o _____? Favor de describir el problema.	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____

15. ¿Es difícil para su bebé dormirse a la hora de la siesta o en la noche?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
16. ¿Su bebé hace sonidos como balbuceos? Por ejemplo, ¿combina sonidos como "ba-ba-ba-ba" o "na-na-na-na"?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
17. ¿Su bebé duerme por lo menos 10 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 bebé se estríñe o tiene diarrea?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
19. ¿Su bebé le avisa cuando tiene hambre, se lastima o está cansada?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
20. Cuando usted le habla a su bebé, ¿voltea la cabeza, lo/la mira o le sonrío?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
21. ¿Su bebé intenta lastimar a otros niños, adultos o animales (por ejemplo, los patea o los muerde)?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
22. ¿Su bebé intenta mostrarle cosas? Por ejemplo, ¿extiende el brazo con un juguete en la mano y lo/la mira a usted?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
23. ¿Su bebé responde cuando usted lo llama por su nombre? Por ejemplo, ¿voltea la cabeza para mirarlo/la a usted?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
24. Cuando usted señala alguna cosa con el dedo, ¿mira su bebé hacia donde usted está apuntando?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
25. ¿Su bebé hace sonidos o usa gestos para indicarle que quiere algo? Por ejemplo, extiende el brazo para intentar alcanzarlo.	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
26. Cuando usted imita los sonidos que hace su bebé, ¿responde su bebé repitiéndole los mismos sonidos que usted hizo?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
27. ¿Ha expresado alguien preocupación por el comportamiento de su bebé? 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.

28. ¿Tiene usted alguna preocupación sobre los hábitos de comer o dormir de su bebé?

Si es así, por favor explique:

SÍ NO

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

SÍ NO

30. ¿Qué es lo que usted disfruta de su bebé?

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

de identificación del bebé: _____ Fecha de nacimiento del bebé: _____

Persona que contestó el ASQ:SE-2: _____ Edad ajustada del bebé en meses y días: _____

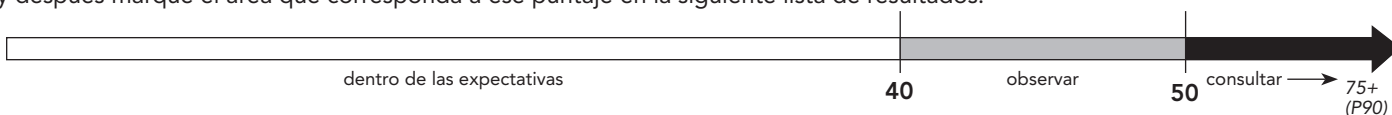
Nombre del programa/proveedor: _____ Sexo del bebé: Masculino Femenino

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 bebé a un lado del punto de corte.

PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA 1		Punto de corte	50	Puntaje total
PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA 2				
PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA 3				
Puntaje total				

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



- ___ El puntaje total del bebé cae en el área □. Está por debajo del punto de corte. El desarrollo socio-emocional del bebé parece estar dándose dentro de las expectativas.
- ___ El puntaje total del bebé cae en el área ▒. Está cerca del punto de corte. Vea cuáles son los comportamientos que son motivo de preocupación y monitoree al bebé en estas áreas de desarrollo.
- ___ El puntaje total del bebé 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 bebé. Las preguntas marcadas como SÍ necesitarán un seguimiento.

- 1–27. ¿Se marcó como preocupación alguna de las preguntas con puntaje? **SÍ** no Comentarios:
28. ¿Preocupaciones sobre los hábitos de comer/dormir? **SÍ** no Comentarios:
29. ¿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.

- ___ Factores de tiempo/de lugar (por ej., ¿El comportamiento del bebé es igual en la casa y en la escuela?)
- ___ Factores del desarrollo (por ej., ¿El comportamiento del bebé está relacionado a su etapa de desarrollo o a un atraso en el desarrollo?)
- ___ Factores de salud (por ej., ¿El comportamiento del bebé está relacionado a factores biológicos o de salud?)
- ___ Factores familiares/culturales (por ej., ¿El comportamiento del bebé es aceptable en la cultura o contexto familiar en el que está creciendo? ¿Ha habido algunas situaciones estresantes en la vida del bebé recientemente?)
- ___ Preocupaciones de los padres (por ej., ¿Expresó alguna preocupación el padre/madre u otra persona a cargo del bebé con respecto al comportamiento de éste?)

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

- ___ Dar actividades para el/la bebé y reevaluar en ___ meses.
- ___ Compartir resultados con el proveedor primario de servicios de salud.
- ___ Dar materiales de educación para padres.
- ___ Dar información sobre clases para padres o grupos de apoyo disponibles en el área.
- ___ Pedirle a otra de las personas a cargo del bebé (por ej., abuelo, maestra, etc.) que haga el cuestionario ASQ:SE-2. Favor de anotar el nombre de esa persona aquí: _____
- ___ Hacerle una evaluación de desarrollo al bebé (es decir, ASQ-3).
- ___ Referir al bebé a un programa de intervención temprana o de educación especial en la primera infancia.
- ___ Referir al bebé para que le hagan una evaluación socio-emocional, de comportamiento o de salud mental.
- ___ Otro: _____