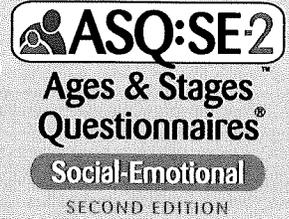


Cuestionario de 24 meses

21 meses 0 días a 26 meses 30 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 niño 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 niña parece ser demasiado amigable con personas desconocidas?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
3. ¿Su niño se ríe o sonríe cuando usted juega con él?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
4. ¿Su niña tiene el cuerpo relajado?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
5. Cuando usted se va, ¿su niño se queda alterado y llorando por más de una hora?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
6. ¿Su niña saluda o les dice hola a los adultos que ella conoce?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
7. ¿A su niño le gusta que lo abracen o lo acurruquen?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
8. Cuando su niña está alterada, ¿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	_____

PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA _____

	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 type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
10. ¿A su niña 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 niño llora, grita o hace berrinche por períodos largos?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
12. ¿Usted y su niña 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	_____
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 type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
<hr/> <hr/>					
14. ¿Su niño 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	_____
15. Cuando usted señala alguna cosa con el dedo, ¿mira su niña hacia donde usted está apuntando?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
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 type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
17. ¿Su niña se estriñe o tiene diarrea?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<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 niño sigue instrucciones sencillas? Por ejemplo, ¿se sienta cuando se lo pide?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
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 type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
20. ¿Su niño intenta asegurarse de que usted esté cerca cuando explora nuevos lugares, 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	_____
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 type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
22. ¿A su niño le gusta escuchar cuentos o cantar canciones?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
23. ¿Su niña se lastima a propósito?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
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 type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
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 type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
26. ¿Su niño intenta mostrarle cosas, señalándolas con el dedo y luego mirándolo/la a usted?	<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	
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 type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
28. ¿Su niño 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	_____
29. ¿Su niña responde cuando usted la 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	_____
30. ¿Su niño se muestra excesivamente preocupado o temeroso? 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	_____
31. ¿Ha expresado alguien preocupación por el comportamiento de su niña? 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.

32. ¿Tiene usted alguna preocupación sobre los hábitos de comer o dormir de su niño?
Si es así, por favor explique:

sí NO

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

sí NO

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

Nombre del niño/a: _____ Fecha en que se completó el ASQ:SE-2: _____
 # de identificación del niño/a: _____ Fecha de nacimiento del niño/a: _____
 Persona que contestó el ASQ:SE-2: _____ Edad del niño/a en meses y días: _____
 Nombre del programa/proveedor: _____ Sexo del niño/a: Masculino Femenino

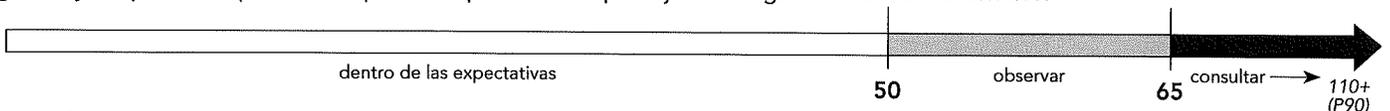
1. GRÁFICA PARA ASIGNAR PUNTAJES ASQ:SE-2:

- 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	
PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA 2	
PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA 3	
PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA 4	
Puntaje total	

Punto de corte	Puntaje total
65	

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:
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.

- ___ Factores de tiempo/de lugar (por ej., ¿El comportamiento del niño/a es igual en la casa y en la escuela?)
- ___ Factores del desarrollo (por ej., ¿El comportamiento del niño/a está relacionado a su etapa de desarrollo o a un atraso en el desarrollo?)
- ___ Factores de salud (por ej., ¿El comportamiento del niño/a está relacionado a factores biológicos o de salud?)
- ___ 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?)
- ___ 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:

- ___ Dar actividades para el/la niño/a 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 niño/a (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 niño/a (es decir, ASQ-3).
- ___ Referir al niño/a a un programa de intervención temprana o de educación especial en la primera infancia.
- ___ Referir al niño/a para que le hagan una evaluación socio-emocional, de comportamiento o de salud mental.
- ___ Otro: _____