



Cuestionario de 48 meses

42 meses 0 días a 53 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 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. ¿Su hijo habla o juega con adultos que conoce bien?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
4. Cuando su hija 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	_____
5. ¿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	_____
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 llora, grita o hace berrinche por períodos largos?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
9. ¿A su hijo le interesan las cosas que lo rodean, como personas, juguetes o comida?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
10. ¿Su hija se mantiene seca durante el día?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
11. ¿Su hijo 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	_____
12. ¿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	_____
13. ¿Su hijo hace lo que usted le pide?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
14. ¿Su hija parece estar contenta?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
15. ¿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	_____
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 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	_____
18. ¿Su hija puede permanecer haciendo actividades que ella disfruta (que no sean mirar la tele, videos o juegos electrónicos) por al menos 10 minutos?	<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	
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 niña. _____ _____	<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 puede decir el nombre de un amigo?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
28. ¿Su hija 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	_____
29. ¿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	
30. ¿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	_____
31. ¿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	_____
32. ¿Su hijo 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 hija 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 hijo 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	_____
35. ¿Su hija tiene conversaciones sencillas con usted? Por ejemplo, Madre: "Está lloviendo" Hija: "Y hace frío afuera" Madre: "Vamos por tu abrigo" Hija: "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 hijo? 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 hija 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 hijo? Si es así, por favor explique: SÍ NO

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