

En las siguientes páginas Ud. encontrará una serie de preguntas sobre diferentes actividades que generalmente hacen los bebés. Puede ser que su bebé ya pueda hacer algunas de estas actividades, y que todavía no haya realizado otras. Después de leer cada pregunta, por favor marque la respuesta que indique si su bebé hace la actividad regularmente, a veces, o todavía no.

### Puntos que hay que recordar:

- Asegúrese de intentar cada actividad con su bebé antes de contestar las preguntas.
- Complete el cuestionario haciendo las actividades con su bebé como si fueran un juego divertido.
- Asegúrese de que su bebé haya descansado y comido.
- Por favor, devuelva este cuestionario antes de esta fecha:  
\_\_\_\_\_.

### Notas:

---



---



---



---

## COMUNICACION

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. Si Ud. llama a su bebé cuando ella no lo/la puede ver, ¿voltea la cabeza en la dirección de su voz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
2. Cuando escucha un ruido fuerte, ¿su bebé voltea a ver de dónde viene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
3. Si Ud. imita los sonidos que hace su bebé, ¿ella los repite?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
4. ¿Hace su bebé sonidos como "da", "ga", "ka", y "ba"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
5. ¿Responde su bebé a los diferentes tonos de su voz y deja de hacer la actividad que lo tiene entretenido, al menos por un momento, cuando Ud. le dice "no-no"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
6. ¿Puede hacer dos sonidos similares como "ba-ba", "da-da", o "ga-ga"? (No es necesario que los sonidos tengan significado.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
TOTAL EN COMUNICACION				___

## MOTORA GRUESA

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. Cuando Ud. sienta a su bebé en el suelo, ¿ella usa las manos para apoyarse? (Si su bebé ya puede sentarse sin apoyarse con las manos, marque "sí" en esta pregunta.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
2. Cuando está acostado boca arriba, ¿su bebé puede darse la vuelta para estar boca abajo, sacando los brazos hacia los lados del cuerpo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
3. ¿Puede su bebé ponerse en la postura para gatear apoyándose en las manos y en las rodillas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___



**MOTORA GRUESA** (continuación)

4. Si Ud. agarra las manos de su bebé para ayudarle a mantener el equilibrio, ¿él puede sostener su propio peso mientras está de pie?



SI	A VECES	TODAVIA NO	_____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

5. Al estar sentado en el suelo, ¿su bebé puede sentarse derecho por varios minutos *sin* usar las manos para apoyarse?\*



SI	A VECES	TODAVIA NO	_____ *
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ *

6. Al ponerlo de pie cerca de los muebles de la casa o de la cuna, ¿su bebé puede agarrarse a los muebles sin que se apoye también con el pecho?



SI	A VECES	TODAVIA NO	_____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

TOTAL EN MOTORA GRUESA \_\_\_\_\_

\*Si marcó "sí" o "a veces" en la pregunta 5, marque "sí" en la pregunta 1.

**MOTORA FINA**

1. ¿Extiende la mano para tomar una migaja de pan o un Cheerio (cereal de desayuno) y/o lo toca con el dedo o la mano? (Si su bebé ya puede agarrar un objeto pequeño, marque "sí" en esta pregunta.)



SI	A VECES	TODAVIA NO	_____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

2. ¿Puede agarrar un juguete pequeño y tenerlo en la palma de la mano, sujetándolo con los dedos?



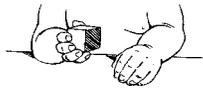
SI	A VECES	TODAVIA NO	_____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

3. ¿Intenta agarrar una migaja de pan o un Cheerio (cereal de desayuno) usando el dedo pulgar y todos los demás dedos, haciendo un movimiento como de rastrillo, incluso si no puede agarrarlo? (Si ya puede agarrar una migaja o un Cheerio de esta manera, marque "sí" en esta pregunta.)



SI	A VECES	TODAVIA NO	_____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

4. ¿Agarra un juguete pequeño con una sola mano?



SI	A VECES	TODAVIA NO	_____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

5. ¿Su bebé logra agarrar una migaja de pan o un Cheerio (cereal de desayuno) usando el dedo pulgar y todos los demás dedos, haciendo un movimiento como de rastrillo? (Si ya puede agarrar una migaja o un Cheerio, marque "sí" en esta pregunta.)



SI	A VECES	TODAVIA NO	_____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

**MOTORA FINA** (continuación)

6. ¿Puede agarrar un juguete pequeño con las yemas del pulgar y de los demás dedos? (Debe haber un espacio entre el juguete y la palma de la mano.)\*



SI	A VECES	TODAVIA NO	_____ *
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

TOTAL EN MOTORA FINA

\*Si marcó "sí" o "a veces" en la pregunta 6, marque "sí" en la pregunta 2.

**RESOLUCION DE PROBLEMAS**

1. ¿Su bebé agarra un juguete y se lo mete en la boca?



SI	A VECES	TODAVIA NO	_____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

2. Al estar boca arriba, ¿su bebé intenta agarrar un juguete que se le cayó si lo puede ver?

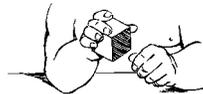
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-------

3. ¿Juega golpeando un juguete contra el suelo o contra la mesa?



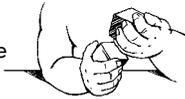
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-------

4. ¿Se pasa un juguete de una mano a la otra?



<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-------

5. ¿Recoge su bebé dos juguetes pequeños, tomando uno en cada mano, y los sujeta por aproximadamente un minuto?



<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-------

6. Al tener un juguete en la mano, ¿lo golpea contra otro que está en la mesa?



<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-------

TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS \_\_\_\_\_

**SOCIO-INDIVIDUAL**

SI                      A VECES                      TODAVIA NO

- |  |   |                       |                       |                       |                          |
|--|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| <p>1. Al estar boca arriba, ¿intenta jugar agarrándose el pie?</p>   |  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>2. Al estar delante de un espejo grande, ¿intenta tocar el espejo con las manos?</p>  |  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>3. ¿Intenta agarrar un juguete que no puede alcanzar? (Puede que intente darse la vuelta, girar el tronco estando boca abajo, o gatear para agarrarlo.)</p> |   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>4. Al estar boca arriba, ¿su bebé intenta meterse el pie en la boca?</p>  |  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>5. ¿Su bebé puede beber agua, jugo, o leche de fórmula de una taza si Ud. se la sostiene?</p>   |   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>6. ¿Puede su bebé comer una galleta sin ayuda?</p>  |   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>TOTAL EN SOCIO-INDIVIDUAL</p>   |   |                       |                       |                       | <input type="checkbox"/> |

**OBSERVACIONES GENERALES**

*Los padres y proveedores pueden utilizar el espacio después de cada pregunta para hacer comentarios adicionales.*

1. ¿Usa su bebé ambas manos y ambas piernas igualmente bien? Si contesta "no", explique: 
 SI                       NO
- 

2. Al ponerlo/la de pie, ¿su bebé pone los pies completamente planos sobre el suelo la mayoría de la veces? Si contesta "no", explique: 
 SI                       NO
-

**OBSERVACIONES GENERALES** (continuación)

3. ¿Le preocupa que su bebé sea muy callado/a o que no haga sonidos como otros bebés? Si contesta "sí", explique:

 SI NO

4. ¿Tiene algún familiar con historia de sordera o cualquier otro impedimento auditivo? Si contesta "sí", explique:

 SI NO

5. ¿Tiene Ud. alguna preocupación sobre la visión de su bebé? Si contesta "sí", explique:

 SI NO

6. ¿Ha tenido su bebé algún problema de salud en los últimos meses? Si contesta "sí", explique:

 SI NO

7. ¿Tiene alguna preocupación sobre el comportamiento de su bebé? Si contesta "sí", explique:

 SI NO

8. ¿Le preocupa algún aspecto del desarrollo de su bebé? Si contesta "sí", explique:

 SI NO