





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 \_\_\_\_\_

# Cuestionario de 12 meses



Marque el cuadro  que mejor describa el comportamiento de su bebé. Marque el círculo  si ese comportamiento le preocupa a usted.

	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?

---

---

---