



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	_____
	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
2. ¿A su niña le gusta que la abracen o la acurruquen?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<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	_____
	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
4. ¿Su hija es demasiado apegada a usted (más de lo que usted espera)?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
5. Cuando su niño está alterado, ¿puede calmarse en un lapso de tiempo de 15 minutos o menos?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
6. ¿Su niña parece ser demasiado amigable con personas desconocidas?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
7. ¿Su niño 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 niña 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	_____
9. ¿Su hijo parece estar contento?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
10. ¿A su hija 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 hijo hace lo que usted le pide?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
12. ¿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	_____
13. ¿Su niño puede permanecer haciendo actividades que él disfruta (que no sean mirar la tele, videos o juegos electrónicos) por al menos cinco minutos?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
14. ¿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	_____
15. ¿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	_____
16. ¿Su niña 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	_____
17. ¿Su niño 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	_____



PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA _____

	A MENUDO O SIEMPRE	A VECES	RARA VEZ O NUNCA	MARQUE AQUÍ SI ESTO LE PREOCUPA	
18. ¿Su niña sigue las instrucciones de su rutina? Por ejemplo, ¿viene a la mesa o ayuda a recoger sus juguetes cuando se lo pide?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
19. ¿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	_____
20. ¿Su niña 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 niño repite la misma acción una y otra vez y se altera cuando usted intenta detenerlo? Por ejemplo, ¿se mece, agita las manos, da vueltas, o _____? Favor de describir qué hace su niño.	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
<div style="text-align: center;">  </div>					
22. ¿Su niña se lastima a propósito?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
23. ¿Su hijo se mantiene alejado 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	_____
24. ¿Su hija destruye o daña las cosas a propósito?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
25. ¿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	_____
26. ¿Su hija puede decir el nombre de una amiga?	<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. ¿A los otros niños les gusta jugar con su hijo?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
28. ¿A su hija le gusta jugar con otros niños?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
29. ¿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	_____
30. ¿Su niña 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	_____
31. ¿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	_____
32. ¿Su niña usa la imaginación al jugar con objetos? Por ejemplo, ¿se imagina que un plátano (banana) es un teléfono?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
33. ¿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	_____
34. ¿Su niña se muestra excesivamente preocupada o temerosa? 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. ¿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.

36. ¿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

37. ¿Hay algo que le preocupa de su hijo? Si es así, por favor explique: SÍ NO

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