

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. 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	_____
2. ¿Su bebé 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	_____
3. ¿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	_____
4. ¿Su bebé 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	_____
5. Cuando usted le habla a su bebé, ¿lo/la mira a usted y parece que lo/la está escuchando?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
6. ¿Su bebé le avisa cuando tiene hambre o está enferma?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
7. ¿Parece que a su bebé le gusta ver o escuchar a las personas? Por ejemplo, ¿voltea la cabeza para mirar a alguien que está hablando?	<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 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	_____
9. ¿Su bebé llora por períodos prolongados de tiempo?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
10. ¿Su bebé tiene el cuerpo relajado?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
11. ¿Es difícil para su bebé chupar el pecho o el biberón?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<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. ¿Su bebé se mantiene despierto durante el día por una hora o más a la vez?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
16. ¿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	_____

PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA \_\_\_\_\_

	A MENUDO O SIEMPRE	A VECES	RARA VEZ O NUNCA	MARQUE AQUÍ SI ESTO LE PREOCUPA	
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	_____
18. ¿Su bebé se estrñe o tiene diarrea?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
19. ¿Su bebé hace sonidos y lo/la mira a usted mientras juegan juntos?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
20. ¿Su bebé hace sonidos o usa gestos para llamar su atención?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
21. Cuando usted le sonrñe a su bebé, ¿le devuelve la sonrisa?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
22. Cuando usted le habla o le hace sonidos a su bebé, ¿ella responde haciendo sonidos también?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
23. ¿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.

24. ¿Tiene usted alguna preocupación sobre los hábitos de comer o dormir de su bebé?

Si es así, por favor explique:

SÍ  NO

---

---

---

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

SÍ  NO

---

---

---

26. ¿Qué es lo que usted disfruta de su bebé?

---

---

---