




SÍ A VECES TODAVÍA NO

COMUNICACIÓN *Intente hacer cada actividad con su bebé.*

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 1. ¿Hace su bebé chillidos agudos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 2. ¿Cuando hace sonidos, gruñe, rezonga, o hace otros sonidos en tono bajo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 3. Si llama a su bebé cuando él no le puede ver, ¿mueve la cabeza en la dirección de su voz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 4. ¿Intenta buscar de dónde proviene un ruido al oírlo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 5. ¿Puede hacer sonidos como "da", "ga", "ka", y "ba"? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 6. ¿Si Ud. imita los sonidos de su bebé, repite su bebé los mismos sonidos a Ud.? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |

TOTAL PARA COMUNICACIÓN ___

MOVIMIENTOS AMPLIOS *Intente hacer cada actividad con su bebé.*

- | | | | | | |
|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 1. ¿Al estar boca arriba, levanta su bebé las piernas bastante para poder ver los pies? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | |
| 2. ¿Cuando está boca abajo, endereza los dos brazos y levanta todo el pecho de la cama o del suelo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | |
| 3. ¿Puede darse la vuelta de estar boca arriba a estar boca abajo, sacándose los brazos de debajo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | |
| 4. ¿Se apoya en las manos al sentarlo en el suelo?
(Responda afirmativamente si ya puede sentarse derecho sin apoyarse en las manos.) |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 5. Si Ud. lo agarra debajo de los brazos para ayudarlo a mantener el equilibrio, ¿puede apoyarse su propio peso mientras está de pie? |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 6. ¿Puede ponerse en la postura para gatear apoyándose en las manos y en las rodillas? |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |

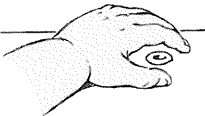
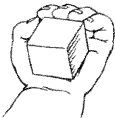

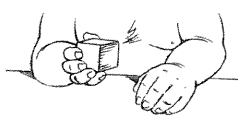
TOTAL PARA MOVIMIENTOS AMPLIOS ___

MOVIMIENTOS FINOS *Intente hacer cada actividad con su bebé.*



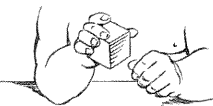

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 1. ¿Agarra su bebé un juguete que se le ofrece, y lo mira, lo agita, o lo masca por aproximadamente un minuto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|

MOVIMIENTOS FINOS (continuación)

SÍ A VECES TODAVÍA NO

- | | | | | | | |
|-------------------------------------|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 2. | ¿Cuando agarra o alarga la mano para tomar un juguete, usa las dos manos a la misma vez? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | |
| 3. | ¿Alarga la mano para tomar una migaja de pan o un "Cheerio" (cereal de desayuno) y toca con el dedo? (Si su bebé ya puede recoger un objeto pequeño de tamaño de un guisante, conteste "Sí" a esta pregunta.) |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 4. | ¿Puede agarrar un juguete pequeño y tenerlo en el centro de la mano, sujetándolo con los dedos? |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 5. | ¿Intenta agarrar una migaja de pan o un Cheerio (cereal de desayuno) usando el dedo pulgar y todos los demás haciendo un movimiento como de rastrillo, incluso si no puede agarrarlo? (Si ya puede agarrar una migaja o un Cheerio de esta manera, responda afirmativamente a esta pregunta.) |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 6. | ¿Agarra un juguete pequeño con una sola mano? |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| TOTAL PARA MOVIMIENTOS FINOS | | | | | ___ | |

RESOLUCIÓN de PROBLEMAS Intente hacer cada actividad con su bebé.

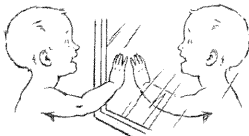
- | | | | | | | |
|---|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 1. | ¿Cuando hay un juguete delante de su bebé, alarga la mano hacia sí para tomarlo con las dos manos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | |
| 2. | Quando está boca arriba, ¿vuelve la cabeza para buscar un juguete cuando lo deja caer? (Si al dejarlo caer ya puede recogerlo, conteste "Sí" a esta pregunta.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | |
| 3. | Al estar boca arriba, ¿intenta agarrar el juguete que se le cayó si lo puede ver? |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 4. | Frecuentemente agarra un juguete y se lo mete en la boca? |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 5. | ¿Se pasa el juguete de una mano a la otra? |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 6. | ¿Juega dando golpes a un juguete contra el suelo o contra la mesa? |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| TOTAL PARA RESOLUCIÓN de PROBLEMAS | | | | | ___ | |

SOCIO-INDIVIDUAL

Intente hacer cada actividad con su bebé.

SÍ A VECES TODAVÍA NO

1. Cuándo su bebé está delante de un espejo grande, ¿empieza a sonreír o a hacer sonidos?



2. ¿Se comporta en manera diferente con desconocidos comparado a su comportamiento cuando está con Ud. u otras personas conocidas? (Reacciones a desconocidos pueden incluir mirando fijamente, arrugando el entrecejo, retra y éndose o llorando.)

3. Al estar boca arriba, ¿intenta jugar agarrándose el pie?



4. Al estar delante de un espejo, ¿intenta tocar el espejo con las manos?



5. Al estar boca arriba, ¿intenta meter el pie en la boca?



6. ¿Intenta agarrar un juguete que no puede alcanzar? (Puede que intente darse la vuelta, girar sobre el estómago, o gatear para agarrarlo.)

TOTAL PARA SOCIO-INDIVIDUAL _____

GENERAL

Padres y proveedores pueden utilizar el espacio al final o el reverso de la página.

1. ¿Cree que su bebé oye bien?

SÍ NO

Si contesta "No", explique: _____

2. ¿Cree Ud. que usa las dos manos igualmente bien?

SÍ NO

Si contesta "No", explique: _____

3. Al ponerle de pie, ¿Están los pies nivelados con el suelo la mayoría de las veces?

SÍ NO

Si contesta "No", explique: _____

4. ¿Tienen cualquiera de los dos padres algún antecedente de familia con problemas de sordera durante la infancia o con cualquier otro tipo de deficiencia de los oídos?

SÍ NO

Si contesta "Sí", explique: _____

GENERAL (continuación)

5. ¿Tiene Ud. alguna preocupación sobre la vista de su niño/a?

SÍ NO

Si contesta "Sí", explique: _____

6. ¿Ha tenido su bebé algún problema médico en los últimos meses?

SÍ NO

Si contesta "Sí", explique: _____

7. ¿Hay algo de su bebé que a Ud. le preocupe?

SÍ NO

Si contesta "Sí", explique: _____