








COMUNICACIÓN *Intente hacer cada actividad con su bebé.*

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 1. ¿Puede su bebé jugar a algún juego infantil cuando Ud. se lo pide sin que Ud. se lo demuestre primero (por ejemplo, decir adiós, esconderse tapándose los ojos, aplaudir, indicar que tan grande es algo)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 2. ¿Puede llevar a cabo un mandato sencillo, como, "ven aquí", "dámelo", "devuélvelo" sin que Ud. le haga gestos para que entienda? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 3. ¿Puede decir alguna otra palabra además de "mamá" o "papá"? (Llamamos "palabra" a un sonido o grupo de sonidos que el bebé siempre repita al referirse a alguien o a alguna cosa concreta, como "bibi" para decir biberón.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 4. Al preguntarle a su bebé, ¿dónde está la pelota, (el gorro, el zapato, etc.)?, ¿mira en la dirección donde está el objeto? Asegúrese de que puede ver el objeto. Responda afirmativamente a la pregunta si reconoce al menos uno de los objetos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 5. Cuando su bebé quiere algo, ¿lo señala con el dedo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 6. ¿Mueve la cabeza su bebé cuando quiere responder sí o no? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| TOTAL PARA COMUNICACIÓN | | | | ___ |

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


- | | | | | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 1. Al estar agarrado a un mueble de casa, ¿puede agacharse para agarrar un juguete del suelo y después vuelve a ponerse de pie? |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 2. Al estar agarrado a un mueble de casa, ¿puede bajarse con cuidado (sin caerse o tirarse)? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 3. ¿Camina por la casa agarrándose a los muebles con una sola mano? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 4. Si le agarra las manos para ayudarle a mantener el equilibrio, ¿puede dar pasitos sin tropezar ni caerse? (Si su bebé ya anda solo, responda afirmativamente a la pregunta.) |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 5. Al tomarle una mano para que no se caiga, ¿puede dar pasitos hacia adelante? (Si su bebé ya anda solo, responda afirmativamente a la pregunta.) |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 6. ¿Puede ponerse de pie solo y dar algunos pasitos hacia adelante? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| TOTAL PARA MOVIMIENTOS AMPLIOS | | | | ___ | |

MOVIMIENTOS FINOS Intente hacer cada actividad con su bebé.

- | | | | | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| 1. Después de intentarlo una o dos veces, ¿puede agarrar su bebé un pedazo de cuerda con los dedos índice y pulgar? (La cuerda puede estar atada a un juguete.) |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 2. ¿Puede agarrar una migaja de pan o un Cheerio (cereal de desayuno) con las yemas de los dedos índice y pulgar? Puede apoyar el brazo o la mano en la mesa mientras que lo intenta. (Si ya puede agarrar objetos pequeños como los descritos en el número 4 más abajo, responda afirmativamente a esta pregunta.) |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 3. ¿Puede poner un juguete pequeño en la mesa, sin dejarlo caer, y después levantar la mano de encima del juguete? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 4. Sin apoyar el brazo o la mano en la mesa, ¿puede agarrar una migaja de pan o un Cheerio con la yema de los dedos índice y pulgar? |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ * |
| 5. ¿Puede tirar una pelota hacia adelante? (Si simplemente la deja caer, responda "todavía no" a esta pregunta.) |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 6. ¿Sabe ayudarle pasar las hojas de un libro? (Ud. puede darle la hoja pare que él la agarre.) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| TOTAL PARA MOVIMIENTOS FINOS | | | | | ___ |

**Si ha contestado sí o a veces a la pregunta número 4 de los movimientos finos, conteste sí también a la número 2.*

RESOLUCIÓN de PROBLEMAS Intente hacer cada actividad con su bebé.

- | | | | | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| 1. Al tener un juguete en cada mano, ¿intenta juntarlos (como cuando se aplaude)? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 2. ¿Es que tu bebé pincha o trata de conseguir una migaja o un Cheerio que está dentro de una botella transparente (por ejemplo un biberón)? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 3. Después de verle a Ud. esconder un juguete pequeño debajo de una hoja de papel o de una caja, ¿puede encontrarlo? (Asegúrese de que el juguete esté completamente escondido.) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 4. Si Ud. mete un juguete dentro de un tazón o dentro de una caja, ¿le imita su bebé queriendo también meter un juguete, aunque pueda ser que no lo suelte? (Si ya lo deja caer en el recipiente o en la caja, responda afirmativamente a la pregunta.) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 5. ¿Sabe meter dos juguetes, uno tras otro, en un recipiente como una caja o un tazón grande? (Puede enseñarle cómo se hace.) |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ * |

RESOLUCIÓN de PROBLEMAS *(continuación)*

6. Después de que Ud. haga garabatos en una hoja de papel con un creyón (o con un lápiz o una pluma), ¿puede imitarle? (Si ya sabe hacer garabatos solo, responda afirmativamente a la pregunta.) _____

TOTAL PARA RESOLUCIÓN de PROBLEMAS _____

**Si marcó el número 5 afirmativamente o a veces, marque el número 4 afirmativamente.*

SOCIO-INDIVIDUAL *Intente hacer cada actividad con su bebé.*

1. Al extenderle la mano y pedirle su juguete, ¿su bebé se lo ofrece aunque no lo suelte? (Si ya le deja el juguete en la mano, responda afirmativamente a la pregunta.) _____
2. Al vestirlo, ¿puede meter el brazo por la manga de la ropa una vez que se le haya metido la mano en la apertura de la manga? _____
3. Al extenderle la mano y pedirle su juguete, ¿su bebé se lo coloca en la mano? _____
4. Al vestirlo, ¿levanta el pie cuando va a ponerle los zapatos, los calcetines o los pantalones? _____
5. ¿Sabe su bebé rodar o tirarle una pelota para que Ud. se la devuelva? _____
6. ¿Juega con una muñeca o con un muñeco de peluche, abrazándolo? _____

TOTAL PARA SOCIO-INDIVIDUAL _____

GENERAL *Padres y proveedores pueden utilizar el reverso de esta página para hacer comentarios adicionales.*

1. ¿Cree Ud. 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: _____
5. ¿Tiene Ud. alguna preocupación sobre la vista de su niño/a? Sí NO
Si contesta "Sí", explique: _____

GENERAL (continuación)

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: _____