



**Evaluación del desarrollo de niños en edad de caminar**

Nombre de el paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Por favor conteste acerca de como su niño (a) es **usualmente**. Por favor trata de contestar cada pregunta. Si el comportamiento de su niño no ocurre con frecuencia, conteste como si no lo hiciera.

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 1. ¿Disfruta su niño (a) cuando lo balancean o hacen saltar sobre su rodilla?   | Sí | No |
| 2. ¿Se interesa su niño (a) en otros niños?   | Sí | No |
| 3. ¿Le gusta a su niño (a) subirse a las cosas, por ejemplo subir las escaleras?  | Sí | No |
| 4. ¿Disfruta su niño (a) jugando "peek-a-boo" o "hide and seek" (a las escondidas)?   | Sí | No |
| 5. ¿Le gusta a su niño (a) jugar a pretendar, como por ejemplo, pretende que habla por teléfono, que cuida sus muñecas, o pretende otras cosas? | Sí | No |
| 6. ¿Utiliza su niño (a) su dedo índice para señalar algo, o para preguntar alguna cosa?   | Sí | No |
| 7. ¿Usa su niño (a) su dedo índice para señalar o indicar interés en algo?  | Sí | No |
| 8. ¿Puede su niño (a) jugar bien con juguetes pequeños (como carros o cubos) sin llevárselos a la boca, manipularlos o dejarlos caer)?          | Sí | No |
| 9. ¿Le trae su niño (a) a usted (padre o madre) objetos o cosas, con el propósito de mostrarle algo alguna vez?                                 | Sí | No |
| 10. ¿Lo mira su niño (a) directamente a los ojos por mas de uno o dos segundos?   | Sí | No |
| 11. ¿Parece su niño (a) ser demasiado sensitivo al ruido? (por ejemplo, se tapa los oídos)?   | Sí | No |
| 12. ¿Sonríe su niño (a) en respuesta a su cara o a su sonrisa?  | Sí | No |
| 13. ¿Lo imita su niño (a)? Por ejemplo, si usted le hace una mueca, su niño (a) trata de imitarlo?  | Sí | No |
| 14. ¿Responde su niño (a) a su nombre cuando lo(a) llaman?  | Sí | No |
| 15. ¿Si usted señala a un juguete que está al otro lado de la habitación a su niño (a), lo mira?  | Sí | No |
| 16. ¿Camina su niño (a)?  | Sí | No |
| 17. ¿Presta su niño (a) atención a las cosas que usted está mirando?  | Sí | No |
| 18. ¿Hace su niño (a) movimientos raros con los dedos cerca de su cara?   | Sí | No |
| 19. ¿Trata su niño (a) de llamar su atención (de sus padres) a las actividades que estada llevando a cabo?                                      | Si | No |
| 20. ¿Se ha preguntado alguna vez si su niño (a) es sordo (a)?   | Sí | No |
| 21. ¿Comprende su niño (a) lo que otras dicen?  | Sí | No |
| 22. ¿Fija su niño (a) su mirada en nada o camina sin sentido algunas veces?   | Sí | No |
| 23. ¿Su niño le mira a su cara para chequear su reacción cuando esta en una situación diferente?  | Sí | No |