



Nombre del/de la bebé: \_\_\_\_\_

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

1 mes 0 días a 2 meses 30 días

### COMUNICACIÓN

- |   |    |    |         |
|---|----|----|---------|
| 1. ¿Su bebé a veces hace ruidos guturales o gorjea?                       | Sí | No | A veces |
| 2. ¿Su bebé hace gorgoritos como por ejemplo “ooo” y “agú”?               | Sí | No | A veces |
| 3. ¿Cuándo usted le habla a su bebé, él o ella responde haciendo sonidos? | Sí | No | A veces |
| 4. ¿Su bebé le sonrío cuando usted le habla?                              | Sí | No | A veces |
| 5. ¿Su bebé ríe tímidamente?  | Sí | No | A veces |

### DESTREZAS MOTRICES GRUESAS

- |  |    |    |         |
|--|----|----|---------|
| 1. Cuando su bebé está de espaldas, ¿mueve los brazos y piernas, se retuerce o se menea?                                       | Sí | No | A veces |
| 2. Cuando su bebé está boca abajo, ¿mueve la cabeza hacia un lado?   | Sí | No | A veces |
| 3. Cuando su bebé está boca abajo, ¿alza la cabeza por más de un par de segundos?  | Sí | No | A veces |
| 4. Cuando su bebé está de espaldas, ¿da patadas?   | Sí | No | A veces |
| 5. Cuando su bebé está de espaldas, ¿mueve la cabeza de un lado a otro?  | Sí | No | A veces |
| 6. Después de alzar su cabeza estando boca abajo, ¿su bebé acuesta la cabeza en el suelo en vez de dejarla caer hacia delante? | Sí | No | A veces |

### DESTREZAS MOTRICES FINAS

- |  |    |    |         |
|--|----|----|---------|
| 1. Cuando su bebé está despierto/a, ¿normalmente tiene el puño bien cerrado? (Sí si su bebé solía hacerlo pero ya no, ponga “sí”). | Sí | No | A veces |
| 2. Cuando usted toca la palma de la mano de su bebé, ¿le agarra el dedo?   | Sí | No | A veces |
| 3. Cuando usted le pone un juguete en la mano, ¿su bebé lo detiene un rato?  | Sí | No | A veces |



- |  |    |    |         |
|--|----|----|---------|
| 4. ¿Su bebé se toca la cara con las manos?   | Sí | No | A veces |
| 5. Cuando su bebé está despierto/a, ¿mantiene sus manos abiertas en vez de cerradas en puños como cuando acababa de nacer? | Sí | No | A veces |
| 6. ¿Su bebé agarra o jala su propia ropa?  | Sí | No | A veces |

### RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

- |  |    |    |         |
|--|----|----|---------|
| 1. ¿Su bebé mira objetos que están a 8-10 pulgadas de distancia?   | Sí | No | A veces |
| 2. Cuando usted se desplaza, ¿su bebé lo/la sigue con los ojos?  | Sí | No | A veces |
| 3. Cuando usted mueve un juguete lentamente delante de la cara de su bebé de un lado a otro (a unas 10 pulgadas de distancia), ¿él o ella lo sigue con los ojos, a veces moviendo su cabeza?           | Sí | No | A veces |
| 4. Cuando usted mueve un juguete lentamente delante de la cara de su bebé hacia arriba y abajo (a unas 10 pulgadas de distancia), ¿él o ella lo sigue con los ojos?                                    | Sí | No | A veces |
| 5. Cuando usted mantiene a su bebé en una posición sentada, ¿su bebé mira el juguete (del tamaño de una taza o una sonaja) cuando usted pone el juguete delante de él o ella en el suelo o en la mesa? | Sí | No | A veces |
| 6. Cuando su bebé está de espaldas y usted hace oscilar un juguete arriba de su cabeza, ¿su bebé mueve los brazos hacia el juguete?  | Sí | No | A veces |

### HABILIDADES PERSONALES Y SOCIALES

- |   |    |    |         |
|---|----|----|---------|
| 1. ¿Su bebé ocasionalmente trata de mamar aunque no le esté dando de comer?                                     | Sí | No | A veces |
| 2. ¿Su bebé llora cuando tiene hambre, tiene el pañal mojado, está cansado/a o cuando quiere que lo/la abracen? | Sí | No | A veces |
| 3. ¿Su bebé a veces le sonrío?  | Sí | No | A veces |
| 4. Cuando usted le sonrío a su bebé, ¿él o ella le sonrío a usted?  | Sí | No | A veces |
| 5. ¿Su bebé observa sus propias manos?  | Sí | No | A veces |
| 6. Cuando su bebé ve el pecho o el biberón, ¿parece saber que le van a dar de comer?                            | Sí | No | A veces |