

M-CHAT-R

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de visita: _____
(Name) (Birthdate) (Visit Date)

Por favor conteste las siguientes preguntas teniendo en cuenta el comportamiento que su hijo/a presenta usualmente. Si ha notado cierto comportamiento algunas veces, pero no es algo que hace usualmente, por favor conteste **no**. Conteste cada una de las preguntas, marcando con un círculo, la palabra **sí** o **no** como respuesta. Muchas gracias.

Preguntas (Questions)

SÍ
(Yes) **NO**

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Si usted señala un objeto del otro lado del cuarto, su hijo/a lo mira? (POR EJEMPLO ¿Si usted señala un juguete o un animal, su hijo/a mira al juguete o al animal?) (If you point at something across the room, does your child look at it?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo/a es sordo/a? (Have you ever wondered if your child might be deaf?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Su hijo/a juega juegos de fantasía o imaginación? (POR EJEMPLO finge beber de una taza vacía, finge hablar por teléfono o finge darle de comer a una muñeca o un peluche) (Does your child play pretend or make-believe?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿A su hijo/a le gusta treparse a las cosas? (POR EJEMPLO muebles, escaleras o juegos infantiles) (Does your child like climbing on things?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Su hijo/a hace movimientos inusuales con los dedos cerca de sus ojos? (POR EJEMPLO ¿Mueve sus dedos cerca de sus ojos de manera inusual?) (Does your child make unusual finger movements near his or her eyes?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Su hijo/a apunta o señala con un dedo cuando quiere pedir algo o pedir ayuda? (POR EJEMPLO señala un juguete o algo para comer que está fuera de su alcance) (Does your child point with one finger to ask for something or to get help?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Su hijo/a apunta o señala con un dedo cuando quiere mostrarle algo interesante? (POR EJEMPLO señala un avión en el cielo o un camión grande en el camino) (Does your child point with one finger to show you something interesting?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Su hijo/a muestra interés en otros niños? (POR EJEMPLO ¿mira con atención a otros niños, les sonríe o se les acerca?) (Is your child interested in other children?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Su hijo/a le muestra cosas acercándoselas a usted o levantándolas para que usted las vea, no para pedir ayuda sino para compartirlas con usted? (POR EJEMPLO le muestra una flor, un peluche o un camión/carro de juguete) (Does your child show you things by bringing them to you or holding them up for you to see – not to get help, but just to share?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Su hijo/a responde cuando usted le llama por su nombre? (POR EJEMPLO ¿Cuando usted lo llama por su nombre: lo mira a usted, habla, balbucea, o deja de hacer lo que estaba haciendo?) (Does your child respond when you call his or her name?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Cuándo usted le sonrío a su hijo/a, él o ella le devuelve la sonrisa? (When you smile at your child, does he or she smile back at you?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Preguntas (Questions)

SÍ
(Yes) NO

- | | SÍ
(Yes) | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 12. ¿A su hijo/a le molestan los ruidos cotidianos? (POR EJEMPLO ¿Llora o grita cuando escucha la aspiradora o música muy fuerte?) (Does your child get upset by everyday noises?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Su hijo/a camina? (Does your child walk?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. ¿Su hijo/a le mira a los ojos cuando usted le habla, juega con él/ella o lo/la viste? (Does your child look you in the eye when you are talking to him or her, playing with him or her, or dressing him or her?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. ¿Su hijo/a trata de imitar sus movimientos? (POR EJEMPLO decir adiós con la mano, aplaudir o algún ruido chistoso que usted haga) (Does your child try to copy what you do?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. ¿Si usted se voltea a ver algo, su hijo/a trata de ver que es lo que usted está mirando? (If you turn your head to look at something, does your child look around to see what you are looking at?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. ¿Su hijo/a trata que usted lo mire? (POR EJEMPLO ¿Busca que usted lo/la halague, o dice “mirame”?) (Does your child try to get you to watch him or her?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. ¿Su hijo/a le entiende cuando usted le dice que haga algo? (POR EJEMPLO ¿Su hijo/a entiende “pon el libro en la silla” o “tráeme la cobija” sin que usted haga señas?) (Does your child understand when you tell him or her to do something?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. ¿Si algo nuevo ocurre, su hijo/a lo mira a la cara para ver cómo se siente usted al respecto? (POR EJEMPLO ¿Si oye un ruido extraño o ve un juguete nuevo, se voltearía a ver su cara?) (If something new happens, does your child look at your face to see how you feel about it?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. ¿A su hijo/a le gustan las actividades con movimiento? (POR EJEMPLO Le gusta que lo mezan/columpien, o que lo haga saltar en sus rodillas) (Does your child like movement activities?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |