

Name: _____ DOB: _____ MR#: _____ Date of Service: _____
(Nombre) (Fecha de nacimiento) (N.º de RM) (Fecha del servicio)

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**. Por favor marque **sí** o **no** para cada pregunta. Muchas gracias.

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?)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. ¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo/a es sordo/a?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
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)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4. ¿A su hijo/a le gusta treparse a las cosas? (POR EJEMPLO muebles, escaleras o juegos infantiles)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
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?)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
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)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
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)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
8. ¿Su hijo/a muestra interés en otros niños? (POR EJEMPLO ¿mira con atención a otros niños, les sonríe o se les acerca?)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
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)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
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?)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
11. ¿Cuándo usted le sonríe a su hijo/a, él o ella le devuelve la sonrisa?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
12. ¿A su hijo/a le molestan los ruidos cotidianos? (POR EJEMPLO ¿Llora o grita cuando escucha la aspiradora o música muy fuerte?)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
13. ¿Su hijo/a camina?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
14. ¿Su hijo/a le mira a los ojos cuando usted le habla, juega con él/ella o lo/la viste?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
15. ¿Su hijo/a trata de imitar sus movimientos? (POR EJEMPLO decir adiós con la mano, aplaudir o algún ruido chistoso que usted haga)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
16. ¿Si usted se voltea a ver algo, su hijo/a trata de ver que es lo que usted está mirando?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
17. ¿Su hijo/a trata que usted lo mire? (POR EJEMPLO ¿Busca que usted lo/la halague, o dice "mirame"?)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
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?)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
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?)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
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)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No