

## M-CHAT-R™

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.

1. ¿Si usted señala un objeto del otro lado del cuarto, su hijo/a lo mira? <b>(POR EJEMPLO ¿Si usted señala un juguete o un animal, su hijo/a mira al juguete o al animal?)</b>	Sí	No
2. ¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo/a es sordo/a?	Sí	No
3. ¿Su hijo/a juega juegos de fantasía o imaginación? <b>(POR EJEMPLO</b> finge beber de una taza vacía, finge hablar por teléfono o finge darle de comer a una muñeca o un peluche)	Sí	No
4. ¿A su hijo/a le gusta treparse a las cosas? <b>(POR EJEMPLO</b> muebles, escaleras o juegos infantiles)	Sí	No
5. ¿Su hijo/a hace movimientos inusuales con los dedos cerca de sus ojos? <b>(POR EJEMPLO ¿Mueve sus dedos cerca de sus ojos de manera inusual?)</b>	Sí	No
6. ¿Su hijo/a apunta o señala con un dedo cuando quiere pedir algo o pedir ayuda? <b>(POR EJEMPLO</b> señala un juguete o algo para comer que está fuera de su alcance)	Sí	No
7. ¿Su hijo/a apunta o señala con un dedo cuando quiere mostrarle algo interesante? <b>(POR EJEMPLO</b> señala un avión en el cielo o un camión grande en el camino)	Sí	No
8. ¿Su hijo/a muestra interés en otros niños? <b>(POR EJEMPLO ¿mira con atención a otros niños, les sonrío o se les acerca?)</b>	Sí	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? <b>(POR EJEMPLO</b> le muestra una flor, un peluche o un camión/carro de juguete)	Sí	No
10. ¿Su hijo/a responde cuando usted le llama por su nombre? <b>(POR EJEMPLO ¿Cuando usted lo llama por su nombre: lo mira a usted, habla, balbucea, o deja de hacer lo que estaba haciendo?)</b>	Sí	No
11. ¿Cuándo usted le sonrío a su hijo/a, él o ella le devuelve la sonrisa?	Sí	No
12. ¿A su hijo/a le molestan los ruidos cotidianos? <b>(POR EJEMPLO ¿Llora o grita cuando escucha la aspiradora o música muy fuerte?)</b>	Sí	No
13. ¿Su hijo/a camina?	Sí	No
14. ¿Su hijo/a le mira a los ojos cuando usted le habla, juega con él/ella o lo/la viste?	Sí	No
15. ¿Su hijo/a trata de imitar sus movimientos? <b>(POR EJEMPLO</b> decir adiós con la mano, aplaudir o algún ruido chistoso que usted haga)	Sí	No
16. ¿Si usted se voltea a ver algo, su hijo/a trata de ver que es lo que usted está mirando?	Sí	No
17. ¿Su hijo/a trata que usted lo mire? <b>(POR EJEMPLO ¿Busca que usted lo/la halague, o dice “mirame”?)</b>	Sí	No
18. ¿Su hijo/a le entiende cuando usted le dice que haga algo? <b>(POR EJEMPLO ¿Su hijo/a entiende “pon el libro en la silla” o “tráeme la cobija” sin que usted haga señas?)</b>	Sí	No
19. ¿Si algo nuevo ocurre, su hijo/a lo mira a la cara para ver cómo se siente usted al respecto? <b>(POR EJEMPLO ¿Si oye un ruido extraño o ve un juguete nuevo, se voltaría a ver su cara?)</b>	Sí	No
20. ¿A su hijo/a le gustan las actividades con movimiento? <b>(POR EJEMPLO</b> Le gusta que lo mezan/columpien, o que lo haga saltar en sus rodillas)	Sí	No