

## M-CHAT-R™

Por favor responda estas preguntas sobre su hijo o hija. Tenga en cuenta cómo se comporta su hijo o hija normalmente. Si ha visto el comportamiento algunas veces, pero su hijo/a no lo hace habitualmente, por favor conteste **no**. Por favor, rodee con un círculo la opción **sí** o **no** para cada pregunta. Muchas gracias.

|     |                                                                                                                                                                                                                                     |    |    |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 1.  | Si Ud. señala algo que está del otro lado de la habitación, ¿su hijo o hija mira hacia allí? ( <b>POR EJEMPLO:</b> si Ud. señala un juguete o un animal, ¿su hijo o hija mira al juguete o al animal?)                              | Sí | No |
| 2.  | ¿Alguna vez se preguntó si su hijo o hija era sordo o sorda?                                                                                                                                                                        | Sí | No |
| 3.  | ¿Su hijo o hija juega a simular, hacer “como si”, o juegos de imaginación? ( <b>POR EJEMPLO:</b> simula que toma de una taza vacía, finge hablar por teléfono, o hace como que le da de comer a una muñeca o a un peluche?)         | Sí | No |
| 4.  | ¿A su hijo o hija le gusta treparse a las cosas? ( <b>POR EJEMPLO:</b> muebles, juegos de la plaza, o escaleras)                                                                                                                    | Sí | No |
| 5.  | ¿Su hijo o hija hace movimientos raros con los dedos cerca de sus ojos? ( <b>POR EJEMPLO:</b> ¿mueve o agita los dedos cerca de sus ojos de manera rara?)                                                                           | Sí | No |
| 6.  | ¿Su hijo o hija señala con el dedo cuando quiere pedir algo o buscar ayuda? ( <b>POR EJEMPLO:</b> señala algún alimento o juguete que está fuera de su alcance)                                                                     | Sí | No |
| 7.  | ¿Su hijo o hija señala con el dedo cuando quiere mostrarle algo interesante? ( <b>POR EJEMPLO:</b> señala un avión en el cielo o un camión muy grande en la calle)                                                                  | Sí | No |
| 8.  | ¿Su hijo o hija se interesa por otros niños? ( <b>POR EJEMPLO:</b> ¿mira a otros niños, les sonríe, se acerca a ellos?)                                                                                                             | Sí | No |
| 9.  | ¿Su hijo o hija le muestra cosas, trayéndoselas o alzándolas para que Ud. las vea – no para buscar ayuda sino simplemente para compartirlas con Ud.? ( <b>POR EJEMPLO:</b> le muestra una flor, un peluche, o un camión de juguete) | Sí | No |
| 10. | ¿Su hijo o hija responde cuando lo/la llama por su nombre? ( <b>POR EJEMPLO:</b> ¿su hijo o hija lo mira o la mira, habla o balbucea, o interrumpe lo que está haciendo cuando lo/la llama por su nombre?)                          | Sí | No |
| 11. | Cuando le sonríe a su hijo o hija, ¿le devuelve la sonrisa?                                                                                                                                                                         | Sí | No |
| 12. | ¿A su hijo o hija le molestan los ruidos comunes de todos los días? ( <b>POR EJEMPLO:</b> ¿su hijo o hija grita o llora cuando escucha una aspiradora, una licuadora, una moto, la radio, música fuerte u otro ruido común?)        | Sí | No |
| 13. | ¿Su hijo o hija camina?                                                                                                                                                                                                             | Sí | No |
| 14. | ¿Su hijo o hija lo/la mira a los ojos cuando le está hablando, jugando con él/ella, o cuando lo/la está vistiendo?                                                                                                                  | Sí | No |
| 15. | ¿Su hijo o hija trata de copiar lo que Ud. hace? ( <b>POR EJEMPLO:</b> decir adiós con la mano, aplaudir, o hacer un ruido gracioso cuando Ud. lo hace)                                                                             | Sí | No |
| 16. | Si Ud. se da vuelta para mirar algo, ¿su hijo o hija gira la cabeza para ver lo que Ud. está mirando?                                                                                                                               | Sí | No |
| 17. | ¿Su hijo o hija intenta hacer que Ud. lo/la mire? ( <b>POR EJEMPLO:</b> ¿su hijo o hija lo/la mira para que lo/la felicite, o dice “mirá” o “mirame”?)                                                                              | Sí | No |
| 18. | ¿Su hijo o hija entiende cuando Ud. le dice que haga algo? ( <b>POR EJEMPLO:</b> si Ud. no se lo señala, ¿su hijo o hija entiende cuando le pide “poné el libro sobre la silla” o “traeme la frazadita”?)                           | Sí | No |
| 19. | Si pasa algo nuevo, ¿su hijo o hija lo/la mira a la cara para ver qué hace Ud.? ( <b>POR EJEMPLO:</b> si su hijo o hija escucha un ruido raro o gracioso, o ve un juguete nuevo, ¿lo/la mira a la cara?)                            | Sí | No |
| 20. | ¿A su hijo o hija le gustan las actividades de movimiento? ( <b>POR EJEMPLO:</b> hamacarse o jugar al “caballito” sobre sus rodillas)                                                                                               | Sí | No |