

## M-CHAT-R™

Por favor, responda a estas preguntas sobre su hijo/a. Tenga en cuenta cómo su hijo/a se comporta habitualmente. Si usted ha visto a su hijo/a comportarse de una de estas maneras algunas veces, pero no es su comportamiento habitual, por favor responda NO. Seleccione la respuesta rodeándola con un círculo. Muchas gracias.

- |     |   |    |    |
|-----|---|----|----|
| 1.  | Si usted indica algo al otro lado de la pieza, ¿su hijo/a mira al objeto? ( <b>Por ejemplo:</b> si usted señala un juguete, un peluche o un animal, ¿su hijo lo mira?)                                      | SÍ | NO |
| 2.  | ¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo/a es sordo?   | SÍ | NO |
| 3.  | ¿Su hijo/a realiza juegos de fantasía o imaginación? ( <b>Por ejemplo:</b> ¿hace como si bebiera de una taza vacía, habla por teléfono o da de comer a una muñeca o peluche?)                               | SÍ | NO |
| 4.  | ¿A su hijo/a le gusta subirse a cosas? ( <b>Por ejemplo:</b> a una silla, a una escalera o a un resbalín)   | SÍ | NO |
| 5.  | ¿Su hijo/a hace movimientos raros con sus dedos frente a sus propios ojos?  | SÍ | NO |
| 6.  | ¿Su hijo/a indica o apunta con el dedo cuando quiere pedir algo o pedir ayuda? ( <b>Por ejemplo:</b> señala un juguete o algo para comer que no puede alcanzar o tomar)                                     | SÍ | NO |
| 7.  | ¿Su hijo/a señala con un dedo cuando quiere mostrarle algo que le llama la atención? ( <b>Por ejemplo:</b> señala un avión en el cielo o un camión muy grande en la calle)                                  | SÍ | NO |
| 8.  | ¿Su hijo/a muestra interés en otros niños? ( <b>Por ejemplo:</b> mira con atención a otros niños, les sonríe o se les acerca)   | SÍ | NO |
| 9.  | ¿Su hijo le muestra o acerca cosas para que usted las vea - no para pedir ayuda sino solamente para compartirlas con usted? ( <b>Por ejemplo:</b> le muestra una flor, un peluche o un coche de juguete)    | SÍ | NO |
| 10. | ¿Su hijo/a responde cuando usted lo llama por su nombre? ( <b>Por ejemplo:</b> se vuelve, habla o balbucea, o deja de hacer lo que está haciendo para mirarle)  | SÍ | NO |
| 11. | ¿Cuándo usted le sonríe a su hijo/a, él/ella también le sonríe?   | SÍ | NO |
| 12. | ¿Le molestan a su hijo/a los ruidos comunes? ( <b>Por ejemplo:</b> el ruido de la aspiradora o de la música, incluso cuando no está excesivamente alta)   | SÍ | NO |
| 13. | ¿Su hijo/a camina solo?   | SÍ | NO |
| 14. | ¿Su hijo/a lo mira a los ojos cuando usted le habla, lo viste o juega con él/ella?  | SÍ | NO |
| 15. | ¿Su hijo/a imita sus movimientos? ( <b>Por ejemplo:</b> decir adiós con la mano, aplaudir o algún ruido gracioso que usted haga)  | SÍ | NO |
| 16. | Si usted se da vuelta a ver algo, ¿su hijo/a trata de mirar hacia lo que usted está mirando?  | SÍ | NO |
| 17. | ¿Su hijo/a intenta que usted lo mire o le preste atención? ( <b>Por ejemplo:</b> le dice a usted "mira" o "mírame" o busca que usted lo felicite)   | SÍ | NO |
| 18. | ¿Su hijo/a le entiende cuando usted le pide que haga algo sin hacerle ningún gesto? ( <b>Por ejemplo:</b> su hijo/a entiende "pon el libro encima de la silla" o "tráeme la manta")                         | SÍ | NO |
| 19. | Si ocurre algo que llame la atención de su hijo/a, ¿él/ella lo mira a usted para ver su reacción? ( <b>Por ejemplo:</b> si escucha un ruido extraño o ve un juguete nuevo, ¿se da vuelta para ver su cara?) | SÍ | NO |
| 20. | ¿Le gustan a su hijo/a los juegos con movimiento? ( <b>Por ejemplo:</b> le gusta que lo balancee en el columpio o que juegue al "caballito" sentándolo en sus rodillas)                                     | SÍ | NO |