

Nombre del paciente

Apellido del paciente

Fecha

M-CHAT SPANISH

Seleccione, marcando con un círculo, la respuesta que le parece que refleja mejor cómo su hijo o hija actúa NORMALMENTE. Si el comportamiento no es el habitual (por ejemplo, usted solamente lo ha visto hacer una o dos veces) conteste que el niño o niña NO lo hace.

| | | |
|---|----|----|
| 1. ¿Disfruta su niño (a) cuando lo balancean o hacen saltar sobre su rodilla? | Sí | No |
| 2. ¿Se interesa su niño (a) en otros niños? | Sí | No |
| 3. ¿Le gusta a su niño (a) subirse a las cosas, por ejemplo subir las escaleras? | Sí | No |
| 4. ¿Disfruta su niño (a) jugando "peek-a-boo" o "hide and seek" (a las escondidas)? | Sí | No |
| 5. ¿Le gusta a su niño (a) jugar a pretender, como por ejemplo, pretende que habla por teléfono, que cuida sus muñecas, o pretende otras cosas? | Sí | No |
| 6. ¿Utiliza su niño (a) su dedo índice para señalar algo, o para preguntar alguna cosa? | Sí | No |
| 7. ¿Usa su niño (a) su dedo índice para señalar o indicar interés en algo? | Sí | No |
| 8. ¿Puede su niño (a) jugar bien con juguetes pequeños (como carros o cubos) sin llevárselos a la boca o dejarlos caer)? | Sí | No |
| 9. ¿Alguna vez le trae su niño (a) objetos o cosas, con el propósito de mostrarle algo? | Sí | No |
| 10. ¿Lo mira su niño (a) directamente a los ojos por más de uno o dos segundos? | Sí | No |
| 11. ¿Parece su niño (a) ser demasiado sensitivo al ruido? (por ejemplo, se tapa los oídos)? | Sí | No |
| 12. ¿Sonríe su niño (a) en respuesta a su cara o a su sonrisa? | Sí | No |
| 13. ¿Lo imita su niño (a)? Por ejemplo, si usted le hace una mueca, su niño (a) trata de imitarlo? | Sí | No |
| 14. ¿Responde su niño (a) a su nombre cuando lo(a) llaman? | Sí | No |
| 15. ¿Si usted señala a un juguete que está al otro lado de la habitación su niño (a), voltea y lo mira? | Sí | No |
| 16. ¿Camina su niño (a)? | Sí | No |
| 17. ¿Presta su niño (a) atención a las cosas que usted está mirando? | Sí | No |
| 18. ¿Hace su niño (a) movimientos raros con los dedos cerca de su cara? | Sí | No |
| 19. ¿Trata su niño (a) de llamar su atención a las actividades que está llevando a cabo? | Sí | No |
| 20. ¿Se ha preguntado alguna vez si su niño (a) es sordo(a)? | Sí | No |
| 21. ¿Comprende su niño (a) lo que otros dicen? | Sí | No |
| 22. ¿Ha notado si su niño (a) se queda con una mirada fija en la nada, o si camina algunas veces sin sentido? | Sí | No |
| 23. ¿Su niño le mira a su cara para ver su reacción cuando esta en una situación desconocida? | Sí | No |