

M-CHAT-R™ (Versión en Español)

Child's Name: _____

Date: _____

Age: _____

Relationship to Child: _____

Por favor responda estas preguntas sobre su hijo(a). Tenga en cuenta cómo su hijo(a) normalmente se comporta. Si ha visto que su hijo(a) hace ese comportamiento unas pocas veces, pero no es algo que normalmente hace, entonces por favor responda "No". Por favor circule Sí o No para cada pregunta.

1. **Si usted señala algo al otro lado de la habitación, ¿su hijo(a) lo mira?** Sí / No
(POR EJEMPLO: si usted señala un juguete o un animal, ¿su hijo(a) mira el juguete o el animal?)
2. **¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo(a) podría ser sordo(a)?** Sí / No
3. **¿Su hijo(a) juega a imaginar o hacer de cuenta?** Sí / No
(POR EJEMPLO: hacer que bebe de una taza vacía, hablar por teléfono de mentira, o alimentar a un muñeco)
4. **¿A su hijo(a) le gusta trepar cosas?** Sí / No
(POR EJEMPLO: muebles, juegos del parque, escaleras)
5. **¿Su hijo(a) hace movimientos inusuales con los dedos cerca de los ojos?** Sí / No
(POR EJEMPLO: mover o agitar los dedos cerca de los ojos)
6. **¿Su hijo(a) señala con un dedo cuando quiere algo o necesita ayuda?** Sí / No
(POR EJEMPLO: señalar un snack o juguete que está fuera de su alcance)
7. **¿Su hijo(a) señala con un dedo para mostrarle algo interesante?** Sí / No
(POR EJEMPLO: señalar un avión en el cielo o un camión grande en la calle)
8. **¿Su hijo(a) está interesado en otros niños?** Sí / No
(POR EJEMPLO: observa a otros niños, les sonríe, o se acerca a ellos)
9. **¿Su hijo(a) le muestra cosas trayéndoselas o levantándolas para que las vea, no para pedir ayuda, sino solo para compartir?** Sí / No
(POR EJEMPLO: mostrar una flor, un muñeco, o un camión de juguete)
10. **Cuando usted llama por su nombre, ¿su hijo(a) responde?** Sí / No
(POR EJEMPLO: ¿mira, vocaliza, deja lo que está haciendo?)
11. **Cuando usted le sonríe a su hijo(a), ¿él/ella le sonríe?** Sí / No
12. **¿Su hijo(a) se altera con ruidos cotidianos?** Sí / No
(POR EJEMPLO: llora o grita con la aspiradora o música fuerte)
13. **¿Su hijo(a) camina?** Sí / No
14. **¿Su hijo(a) lo mira a los ojos cuando usted le habla, juega con él/ella, o lo viste?** Sí / No
15. **¿Su hijo(a) intenta copiar lo que usted hace?** Sí / No
(POR EJEMPLO: decir adiós con la mano, aplaudir, hacer un sonido cuando usted lo hace)
16. **Si usted gira la cabeza para mirar algo, ¿su hijo(a) mira para ver qué está mirando usted?** Sí / No
17. **¿Su hijo(a) intenta hacer que usted lo mire?** Sí / No
(POR EJEMPLO: busca su aprobación, o dice "mira" o "mírame")
18. **¿Su hijo(a) entiende cuando usted le dice que haga algo?** Sí / No
(POR EJEMPLO: sin señalar, ¿puede entender "pon el libro en la silla" o "tráeme la manta"?)
19. **Si algo nuevo ocurre, ¿su hijo(a) mira su cara para ver cómo se siente usted al respecto?** Sí / No
(POR EJEMPLO: si oye un ruido extraño o ve un juguete nuevo, ¿mira su cara?)
20. **¿A su hijo(a) le gustan las actividades con movimiento?** Sí / No
(POR EJEMPLO: que lo hamacen o que lo sienten rebotar sobre sus piernas)