

Nombre del Paciente: _____

(Patient's Name)



Fecha de Nacimiento: _____

(Date of Birth)

Diligenciado por : _____

(Completed by)

Relación con el Paciente: _____

(Relationship)

Fecha: _____

(Date)

Cuestionario Modificado para El Autismo en Niños (M-CHAT-R™)

Modified Checklist for Autism in Toddlers

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 un comportamiento habitual, por favor responda **no**. Seleccione, rodeando con un círculo, Mucas gracias.

1. Si usted señala algo al otro lado de la habitación, ¿su hijo/a lo mira? Sí No
(POR EJEMPLO, Si usted señala a un juguete, un peluche o un animal, ¿su hijo/a lo mira?)
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? (POR EJEMPLO, "hace como gue" bebe de una taza vacía, habla por teléfono o da de comer a una muñeca o peluche, ...) Sí No
4. ¿A su hijo le gusta subirse a cosas? (POR EJEMPLO, a una silla, escaleras, o tobogán,...) Sí No
5. ¿Hace su hijo/a movimientos inusuales con sus dedos cerca de sus ojos? (POR EJEMPLO, mueve sus dedos cerca de sus ojos de manera inusual?) Sí No
6. ¿Su hijo/a señala con un dedo cuando quiere pedir algo o pedir ayuda? (POR EJEMPLO, señala un juguete o algo de comer que está fuera de su alcance?) Sí No
7. Su hijo/a señala con un dedo cuando quiere mostrarle algo que le llama la atención? (POR EJEMPLO, señala un avión en el cielo o un camion muy grande en la calle) Sí No
8. ¿Su hijo/a se interesa en otros niños? (POR EJEMPLO, mira con atención a otros niños, les sonríe o se les acerca?) Sí No
9. ¿Su hijo/a le muestra cosas acercándolas o levantándolas para que usted las vea - no para pedir ayuda sino solamente para compartirlas con usted? (POR EJEMPLO, le muestra una flor o un peluche o un coche de juguete) Sí No
10. ¿Su hijo/a responde cuando usted le llama por su nombre? (POR EJEMPLO, se vuelve, habla o balbucea, o deja de hacer lo que estaba haciendo para mirarle?) Sí No
11. ¿Cuándo usted sonrío a su hijo/a, él o ella también le sonrío? Sí No
12. ¿Le molestan a su hijo/a ruidos cotidianos? (POR EJEMPLO, la aspiradora o la música, incluso cuando está no está excesivamente alta?) Sí No
13. ¿Su hijo/a camina solo? Sí No

Continue on reverse side

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

- | | | |
|---|----|----|
| 14. ¿Su hijo/a le mira a los ojos cuando usted le habla, juega con él o ella, o lo viste? | Sí | No |
| 15. ¿Su hijo/a imita sus movimientos? (POR EJEMPLO, decir adiós con la mano, aplaudir o algún ruido gracioso que usted haga?) | Sí | No |
| 16. Si usted se gira a ver algo, ¿su hijo/a trata de mirar hacia lo que usted está mirando? | Sí | No |
| 17. ¿Su hijo/a intenta que usted le mire/preste atención? (POR EJEMPLO, busca que usted le haga un cumplido, o le dice “mira” ó “mírame”?) | Sí | No |
| 18. ¿Su hijo/a le entiende cuando usted le dice que haga algo? (POR EJEMPLO, si usted no hace gestos, ¿su hijo/a entiende “pon el libro encima de la silla” o “tráeme la manta”?) | Sí | No |
| 19. Si algo nuevo pasa, ¿su hijo/a le mira para ver como usted reacciona al respecto? (POR EJEMPLO, si oye un ruido extraño o ve un juguete nuevo, ¿se gira a ver su cara?) | Sí | No |
| 20. Le gustan a su hijo/a los juegos de movimiento? (POR EJEMPLO, le gusta que le balancee, o que haga “el caballito” sentándole en sus rodillas) | Sí | No |