

## La Prueba del Espectro de Autismo Infantil (CAST)

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino / Femenino

Orden de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nacimiento sencillo o gemelos: \_\_\_\_\_

Padres/Tutor: \_\_\_\_\_

Ocupación de los padres: \_\_\_\_\_

Edad en que los padres dejaron la educación de tiempo completo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

No. de Teléfono: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

**Por favor lea cuidadosamente las siguientes preguntas y encierre en un círculo la respuesta apropiada. Todas las respuestas son confidenciales.**

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 1. ¿Su hijo/a se une a otros niños para jugar fácilmente?   | Sí | No |
| 2. ¿Él/ella viene a usted espontáneamente para platicar?  | Sí | No |
| 3. ¿Ya hablaba a los 2 años de edad?  | Sí | No |
| 4. ¿Disfrutaba los deportes?  | Sí | No |
| 5. ¿Es importante para él/ella encajar en su grupo de compañeros?   | Sí | No |
| 6. ¿Parece notar detalles inusuales que otros no notan?   | Sí | No |
| 7. ¿Tiende a tomar las cosas literalmente?  | Sí | No |
| 8. Cuando tenía 3 años de edad, ¿pasaba mucho tiempo jugando a ser un super héroe o haciendo fiesta con sus muñecos de peluche? | Sí | No |
| 9. ¿Le gusta hacer las cosas una y otra vez, de la misma forma todo el tiempo?  | Sí | No |
| 10. ¿Encuentra fácil interactuar con otros niños?   | Sí | No |
| 11. ¿Puede mantener una conversación de dos vías?   | Sí | No |
| 12. ¿Puede leer adecuadamente para su edad?   | Sí | No |
| 13. ¿Tiene en su mayoría los mismos intereses que sus compañeros?   | Sí | No |
| 14. ¿Tiene algún interés que tome tanto de su tiempo que hace muy pocas otras cosas?  | Sí | No |
| 15. ¿Tiene amigos en lugar de solo conocidos?   | Sí | No |
| 16. ¿A menudo le trae cosas en las que está interesado/a para mostrárselas?   | Sí | No |
| 17. ¿Le gusta bromear?  | Sí | No |
| 18. ¿Tiene dificultades para entender las reglas de un comportamiento educado?  | Sí | No |
| 19. ¿Parece tener una memoria inusual para los detalles?  | Sí | No |
| 20. ¿Es su voz inusual (ej. demasiado adulta, plana o muy monótona)?  | Sí | No |
| 21. ¿Las personas son importantes para él/ella?   | Sí | No |
| 22. ¿Puede vestirse solo/a?   | Sí | No |
| 23. ¿Es bueno/a para tomar turnos en una conversación?  | Sí | No |
| 24. ¿Juega imaginativamente con otros niños y participa en juegos de roles?   | Sí | No |
| 25. ¿A menudo hace o dice cosas que no tienen tacto o son socialmente inapropiadas?   | Sí | No |
| 26. ¿Puede contar hasta 50 sin dejar ningún número fuera?   | Sí | No |
| 27. ¿Él/ella hace contacto visual normal?   | Sí | No |

28. ¿Él/ella tiene algún movimiento inusual y repetitivo?	Sí	No
29. ¿Es su comportamiento social muy unilateral y siempre en sus propios términos?	Sí	No
30. ¿Él/ella dice algunas veces "tú" o "él/ella" cuando quiere decir "yo"?	Sí	No
31. ¿Prefiere actividades imaginativas tales como jugar a actuar o contar historias en lugar de números o listas de hechos?	Sí	No
32. ¿Él/ella algunas veces pierde al oyente por no explicar de qué está hablando?	Sí	No
33. ¿Sabe andar en bicicleta (incluso con estabilizadores)?	Sí	No
34. ¿Trata de imponerse rutinas a sí mismo/a, o a otros, de tal manera que causa problemas?	Sí	No
35. ¿Le preocupa cómo es percibido/a por el resto del grupo?	Sí	No
36. ¿A menudo lleva las conversaciones a su tema favorito en lugar de seguir lo que otras personas quieren hablar?	Sí	No
37. ¿Tiene frases extrañas o inusuales?	Sí	No

### SECCIÓN DE NECESIDADES ESPECIALES

Favor de completarla según sea adecuado

38. ¿Los maestros/visitadores de salud han expresado alguna inquietud sobre su desarrollo? De ser así, por favor especifique _____	Sí	No
39. ¿Ha sido diagnosticado/a con cualquiera de las siguientes:		
Retraso en el lenguaje	Sí	No
Hiperactividad / Trastorno de Déficit de Atención (TDAH)	Sí	No
Dificultades para escuchar o ver	Sí	No
Condición del Espectro Autista, incluido el Síndrome de Asperger	Sí	No
Una discapacidad física	Sí	No
Otro (por favor especifique)	Sí	No

## EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE DESARROLLO

Por favor marque con una palomita cualquiera de los puntos que son un problema significativo para su hijo.

### Comunicación

- No hablar tan bien como otros niños de la misma edad
- No entender las expresiones faciales de otras personas, su lenguaje corporal o sus emociones
- Su hijo no puede comunicar sus necesidades o deseos
- No puede seguir instrucciones

### Emocional/Comportamiento

- A menudo está nervioso o temeroso
- No puede manejar los sonidos fuertes
- Comportamiento agresivo como golpear, morder o lanzar objetos
- Autolesiones, como golpearse la cabeza contra algo, rasguñarse o morderse
- Hiperactividad
- Comportamiento inseguro como correr en un estacionamiento

### Autocuidado / Tareas de la vida diaria / Salud

- Hábitos anormales para comer
- Incapacidad para cuidar de sí mismo/a tan bien como otros niños de la misma edad, ej. bañarse, lavarse los dientes y vestirse
- Todavía no ha aprendido a ir al baño
- Problemas para dormir

### Problemas familiares:

Por favor marque con una palomita cualquiera de los puntos que son un problema significativo para usted u otro miembro de la familia.

- Los problemas del niño están provocando que la familia no pueda participar en las actividades que disfrutan
- Los problemas del niño están influenciando negativamente a los hermanos
- Los problemas del niño están llevando a problemas de trabajo para los padres
- Estamos teniendo problemas para pagar las citas médicas y los medicamentos