

Nombre del paciente: _____

Completado por: _____

Fecha de nacimiento: _____

Relación con el niño: _____

Fecha: _____

M-CHAT

Por favor llene lo siguiente acerca de cómo es su hijo generalmente. Por favor trate de responder todas las preguntas. Si el comportamiento es raro (ej. lo ha visto una o dos veces), por favor responda como si el niño no lo hiciera.

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿A su hijo le gusta ser columpiado, botar en su rodilla, etc.? | Sí | No |
| 2. ¿Su hijo se interesa por otros niños? | Sí | No |
| 3. ¿A su hijo le gusta trepar cosas, tal como hacia arriba por las escaleras? | Sí | No |
| 4. ¿Su hijo disfruta jugar peek-a-boo/escondidas? | Sí | No |
| 5. ¿Su hijo alguna vez finge, por ejemplo, hablar por teléfono o cuidar de una muñeca o fingir otras cosas? | Sí | No |
| 6. ¿Su hijo alguna vez usa su dedo índice para apuntar, para pedir algo? | Sí | No |
| 7. ¿Su hijo alguna vez usa su dedo índice para apuntar, para indicar interés en algo? | Sí | No |
| 8. ¿Puede su hijo jugar adecuadamente con juguetes pequeños (ej. autos o bloques) sin solo ponérselos en la boca, jugarlos o tirarlos? | Sí | No |
| 9. ¿Su hijo alguna vez le trae (a los padres) objetos para mostrarle algo? | Sí | No |
| 10. ¿Su hijo lo mira a los ojos por más de un segundo o dos? | Sí | No |
| 11. ¿Su hijo alguna vez parece demasiado sensible a los ruidos? (ej. taparse las orejas) | Sí | No |
| 12. ¿Su hijo sonrío en respuesta a su rostro o su sonrisa? | Sí | No |
| 13. ¿Su hijo lo imita? (ej. si usted hace una cara, ¿su hijo la imita?) | Sí | No |
| 14. ¿Su hijo responde a su nombre cuando lo llama? | Sí | No |
| 15. Si usted apunta a un juguete del otro lado de la habitación, ¿su hijo lo mira? | Sí | No |
| 16. ¿Su hijo camina? | Sí | No |
| 17. ¿Su hijo mira las cosas que usted está mirando? | Sí | No |
| 18. ¿Su hijo hace movimientos inusuales con los dedos cerca de su cara? | Sí | No |
| 19. ¿Su hijo trata de atraer su atención a su propia actividad? | Sí | No |
| 20. ¿Se ha preguntado alguna vez si su hijo es sordo? | Sí | No |
| 21. ¿Su hijo entiende lo que la gente dice? | Sí | No |
| 22. ¿Su hijo alguna vez se le queda viendo a la nada o vaga sin propósito? | Sí | No |
| 23. ¿Su hijo mira su rostro para revisar su reacción cuando enfrenta algo que no es familiar? | Sí | No |

Iniciales del proveedor: _____