

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?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
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?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
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?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
10. ¿Lo mira su niño (a) directamente a los ojos por mas 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?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
14. ¿Responde su niño (a) a su nombre cuando lo(a) llaman?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
15. ¿Si usted señala a un juguete que está al otro lado de la habitación su niño (a), voltea y lo mira?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
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