

## M-CHAT

Por favor, complete el siguiente cuestionario con respecto a cómo es su hijo/a habitualmente. Intente responder a todas las preguntas marcando con un círculo la respuesta que corresponda. Si la conducta es muy poco frecuente (por ej.: sólo la ha visto una o dos veces), por favor conteste como si su hijo/a no la hiciera.

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 1. ¿Disfruta su hijo/a de ser mecido, hamacado, jugar al “caballito” sobre sus rodillas, etc.?  | SI | NO |
| 2. ¿Su hijo/a muestra interés por otros niños o niñas?  | SI | NO |
| 3. ¿A su hijo/a le gusta treparse a cosas, como por ejemplo, a escaleras?   | SI | NO |
| 4. ¿Disfruta de jugar a “¿Dónde está? ¡Acá está!” (por ej.: al taparse/destaparse los ojos) y/o a las escondidas?   | SI | NO |
| 5. ¿Alguna vez juega a “hacer como si”, como por ejemplo, hacer como si hablara por teléfono, como si diera de comer a una muñeca, como si manejara un auto, o cosas por el estilo? | SI | NO |
| 6. ¿Su hijo/a alguna vez utiliza su dedo índice para señalar y pedir algo?  | SI | NO |
| 7. ¿Alguna vez utiliza su dedo índice para señalar e indicar interés por algo?  | SI | NO |
| 8. ¿Puede su hijo/a jugar adecuadamente con juguetes pequeños (por ej.: autitos, bloques) sin únicamente llevárselos a la boca, manosearlos o tirarlos?                             | SI | NO |
| 9. ¿Su hijo/a alguna vez le trae objetos para mostrarle algo?   | SI | NO |
| 10. ¿Su hijo/a es de mirarlo/a a los ojos por más de uno o dos segundos?  | SI | NO |
| 11. ¿Alguna vez pareciera que su hijo/a fuera extremadamente sensible al ruido (por ej.: se tapa los oídos con ruidos no tan intensos)?   | SI | NO |
| 12. ¿Su hijo/a sonríe cuando la/o ve o cuando Ud. le sonríe?  | SI | NO |
| 13. ¿Imita cosas que Ud. hace? (por ej.: si Ud. hace una mueca o un gesto)  | SI | NO |
| 14. ¿Su hijo/a responde cuando lo/a llaman por su nombre?   | SI | NO |
| 15. Si Ud. señala un juguete en la habitación ¿su hijo/a mira hacia el juguete?   | SI | NO |
| 16. ¿Su hijo/a ya camina?   | SI | NO |
| 17. Si Ud. está mirando un objeto ¿su hijo/a también mira el objeto?  | SI | NO |
| 18. ¿Su hijo/a hace movimientos raros con los dedos cerca de la cara u ojos?  | SI | NO |
| 19. ¿Intenta su hijo/a que Ud. preste atención a la actividad que él/ella está haciendo?  | SI | NO |
| 20. ¿Alguna vez se preguntó Ud. si su hijo/a es sordo?  | SI | NO |
| 21. ¿Entiende su hijo/a lo que las personas dicen?  | SI | NO |
| 22. ¿Su hijo/a se queda a veces mirando al vacío o va a veces de un lado a otro sin propósito?  | SI | NO |
| 23. Cuando su hijo/a se enfrenta a una situación desconocida ¿lo/a mira a Ud. a la cara para comprobar su reacción?   | SI | NO |