

## LISTA MODIFICADA PARA EL AUTISMO EN NIÑOS (M-CHAT)

Favor llenar la siguiente información sobre cómo se comporta usualmente su hijo. Por favor trate de contestar todas las preguntas. Si el comportamiento es raro (por ejemplo, lo ha visto una o dos veces), por favor conteste como si el niño NO lo hubiese hecho.

- |     |   |    |    |
|-----|---|----|----|
| 1.  | ¿A su hijo le gusta ser mecido o rebotar sobre su rodilla, etc.?  | Sí | No |
| 2.  | ¿Su hijo muestra interés en los demás niños?  | Sí | No |
| 3.  | ¿A su hijo le gusta trepar cosas, tales como las escaleras?   | Sí | No |
| 4.  | ¿A su hijo le gusta jugar al escondite?   | Sí | No |
| 5.  | ¿Su hijo pretende, por ejemplo, hablar por teléfono o cuidar a una muñeca u otras cosas?  | Sí | No |
| 6.  | ¿Su hijo utiliza el dedo índice para apuntar o pedir las cosas?   | Sí | No |
| 7.  | ¿Su hijo utiliza el dedo índice para apuntar o indicar interés en algo?   | Sí | No |
| 8.  | ¿Su hijo puede jugar de forma apropiada con juguetes pequeños (carros o bloques) sin tan sólo metérselos a la boca, moverlos o dejarlos caer? | Sí | No |
| 9.  | ¿Su hijo le trae objetos para que usted (padre / madre) le enseñe algo?   | Sí | No |
| 10. | ¿Su hijo le mira a los ojos por más de uno o dos segundos?  | Sí | No |
| 11. | ¿Le parece que su hijo es demasiado sensible a los ruidos (se tapa los oídos)?  | Sí | No |
| 12. | ¿Su hijo le sonrío al ver su cara o su sonrisa?   | Sí | No |
| 13. | ¿Su hijo le imita? (¿Si usted hace una mueca, su hijo la imita?)  | Sí | No |
| 14. | ¿Su hijo responde cuando usted lo llama por su nombre?  | Sí | No |
| 15. | Si usted apunta a un juguete al 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 propia cara?  | Sí | No |
| 19. | ¿Su hijo trata de que usted le ponga atención a sus actividades?  | Sí | No |
| 20. | ¿Se ha preguntado si su hijo es sordo?  | Sí | No |
| 21. | ¿Su hijo comprende lo que los demás le dicen?   | Sí | No |
| 22. | ¿Su hijo, a veces, parece tener la vista fija en algo no visible o deambula sin propósito?  | Sí | No |
| 23. | ¿Su hijo le mira la cara para ver su reacción ante algo no familiar?  | Sí | No |

[ ] **PASS** [ ] **REFER** [ ] **FAIL** MD INITIAL: \_\_\_\_\_