

***Cuestionario Modificado de Detección Temprana de Autismo***

***(para niños entre 1 y 3 años)***

***Revisado y con Entrevista de Seguimiento***

***(M-CHAT-R/F)<sup>TM</sup>***

\*Reconocimiento: Agradecemos al Dr. Joaquín Fuentes por su trabajo en desarrollar el diagrama de flujo utilizado en este documento.

Para más información, por favor diríjase al sitio web [www.mchatscreen.com](http://www.mchatscreen.com)  
o contáctese con Diana Robins ([mchatscreen2009@gmail.com](mailto:mchatscreen2009@gmail.com))

## Permiso para el uso del M-CHAT-R/F<sup>TM</sup>

El Cuestionario Modificado de Detección Temprana de Autismo (para niños de 1 a 3 años) con Entrevista de Seguimiento<sup>TM</sup> (M-CHAT-R/F FUI<sup>TM</sup>; Robins, Fein, & Barton, 2009), es un instrumento de evaluación, de 2 partes, con un informe de los padres, para evaluar el riesgo del Trastorno del Espectro Autista (ASD son las siglas en inglés). El M-CHAT-R/F se encuentra disponible para descargar /bajar del internet, libre de cargo, para propósitos clínicos, de investigación y educacionales. Se consigue autorización para descargar el M-CHAT-R/F y materiales relacionados a este de [www.mchatscreen.com](http://www.mchatscreen.com).

El M-CHAT-R/F es un instrumento con registro de derechos de autor y al utilizar el M-CHAT-R/F deben seguirse las siguientes normas:

- (1) Impresiones/Reproducciones del M-CHAT-R/F deben incluir al pie de la página el registro de derechos de autor (© 2009 Robins, Fein, & Barton). No se puede hacer ninguna modificación de los artículos, instrucciones ni alterar el orden de estos sin permiso de los autores.
- (2) Se debe utilizar el M-CHAT-R en su totalidad. La evidencia indica que al utilizar cualquier conjunto reducido de artículos, no se demuestran propiedades psicométricas adecuadas.
- (3) Las partes interesadas en reproducir el M-CHAT-R/F impreso (por ej. Un libro, artículo publicado) o para ser utilizado por otros electrónicamente (por ej. Como parte de una historia clínica digital u otro programa digital) se debe pedir permiso a Diana Robins ([mchatscreen2009@gmail.com](mailto:mchatscreen2009@gmail.com)).
- (4) Si usted es parte de una práctica médica y quiere incorporar las preguntas de la primera etapa del M-CHAT-R dentro de la historia clínica electrónica de su propia práctica, lo puede hacer. Ahora, si usted quiere distribuir, alguna vez, esta hoja fuera de la práctica, por favor contactarse con Diana Robins para pedir un acuerdo de licencia.

## Instrucciones para su uso

El M-CHAT-R puede ser administrado y utilizar su puntaje como parte de una visita de rutina al médico, lo pueden utilizar especialistas u otros profesionales para evaluar el riesgo de Trastornos del Espectro Autista (TEA o ASD en inglés). El objetivo principal del M-CHAT-R es de maximizar la sensibilidad de esta manera detectar la mayor cantidad posible de casos con TEA. Por esta razón existe un alto porcentaje de falsos positivos, con esto queremos decir que no todos los niños cuyos puntajes demuestran que están en riesgo van a ser diagnosticados con TEA. Para lidiar con esto hemos desarrollado el Cuestionario de Seguimiento (M-CHAT-R/F). Las personas que lo utilizan deben tener presente que aun con el Cuestionario de Seguimiento, un número significativo de niños que tienen puntaje positivo en el M-CHAT-R no van a ser diagnosticados con TEA. No obstante estos niños se consideran de alto riesgo para trastornos o retrasos del desarrollo, por esta razón se justifica una evaluación para todo niño que tiene resultados positivos. Se puede obtener el puntaje del M-CHAT-R en menos de dos minutos. Las instrucciones para obtener el puntaje se puede descargar/bajar del internet en <http://www.mchatscreen.com>. También se encuentran disponibles para descargar documentos asociados a este.

## Algoritmo del puntaje

Para todos los artículos excepto 2, 5 y 12, la respuesta “NO” indica riesgo de TEA; para los artículos 2, 5 y 12, “SI” indica riesgo de TEA. El siguiente algoritmo maximiza las propiedades del M-CHAT-R:

**BAJO RIESGO:** **Puntaje total de 0-2;** si el niño es menor de 24 meses, evaluar nuevamente luego de cumplidos los 2 años. No hace falta ninguna acción al menos que al observarlo haya algún indicio de riesgo para TEA.

**RIESGO MEDIO:** **Puntaje total de 3-7:** Administre el Cuestionario de Seguimiento (segunda etapa del M-CHAT-R/F) para obtener información adicional sobre las respuestas de riesgo. Si el puntaje del M-CHAT-R/F continúa en 2 o más, el niño se evalúa como positivo. Acción requerida: refiera al niño para una evaluación de diagnóstico y una evaluación de elegibilidad para intervención temprana. Si el puntaje del Seguimiento es 0-1, la evaluación es negativa. No se requiere ninguna otra acción al menos que por observación se considere en riesgo para TEA. El niño debería ser re-evaluado cuando vaya a sus chequeos anuales futuros.

**ALTO RIESGO:** **Puntaje total de 8-20:** Es aceptable el de saltar el Cuestionario de Seguimiento y referirlo inmediatamente a una evaluación diagnóstica más una evaluación de elegibilidad para intervención temprana.

## M-CHAT-R™

Por favor conteste las siguientes preguntas teniendo en cuenta el comportamiento que su hijo/a presenta usualmente. Si ha notado cierto comportamiento algunas veces, pero no es algo que hace usualmente, por favor conteste **no**. Conteste cada una de las preguntas, marcando con un círculo, la palabra **sí** o **no** como respuesta. Muchas gracias.

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 1. ¿Si usted señala un objeto del otro lado del cuarto, su hijo/a lo mira?<br>( <b>POR EJEMPLO</b> ¿Si usted señala un juguete o un animal, su hijo/a mira al juguete o al animal?)   | Sí | No |
| 2. ¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo/a es sordo/a?  | Sí | No |
| 3. ¿Su hijo/a juega juegos de fantasía o imaginación? ( <b>POR EJEMPLO</b> finge beber de una taza vacía, finge hablar por teléfono o finge darle de comer a una muñeca o un peluche)   | Sí | No |
| 4. ¿A su hijo/a le gusta treparse a las cosas?<br>( <b>POR EJEMPLO</b> muebles, escaleras o juegos infantiles)  | Sí | No |
| 5. ¿Su hijo/a hace movimientos inusuales con los dedos cerca de sus ojos?<br>( <b>POR EJEMPLO</b> ¿Mueve sus dedos cerca de sus ojos de manera inusual?)  | Sí | No |
| 6. ¿Su hijo/a apunta o señala con un dedo cuando quiere pedir algo o pedir ayuda?<br>( <b>POR EJEMPLO</b> señala un juguete o algo para comer que está fuera de su alcance)   | Sí | No |
| 7. ¿Su hijo/a apunta o señala con un dedo cuando quiere mostrarle algo interesante?<br>( <b>POR EJEMPLO</b> señala un avión en el cielo o un camión grande en el camino)  | Sí | No |
| 8. ¿Su hijo/a muestra interés en otros niños?<br>( <b>POR EJEMPLO</b> ¿mira con atención a otros niños, les sonrío o se les acerca?)  | Sí | No |
| 9. ¿Su hijo/a le muestra cosas acercándoselas a usted o levantándolas para que usted las vea, no para pedir ayuda sino para compartirlas con usted?<br>( <b>POR EJEMPLO</b> le muestra una flor, un peluche o un camión/carro de juguete) | Sí | No |
| 10. ¿Su hijo/a responde cuando usted le llama por su nombre?<br>( <b>POR EJEMPLO</b> ¿Cuando usted lo llama por su nombre: lo mira a usted, habla, balbucea, o deja de hacer lo que estaba haciendo?)                                     | Sí | No |
| 11. ¿Cuándo usted le sonrío a su hijo/a, él o ella le devuelve la sonrisa?  | Sí | No |
| 12. ¿A su hijo/a le molestan los ruidos cotidianos?<br>( <b>POR EJEMPLO</b> ¿Llora o grita cuando escucha la aspiradora o música muy fuerte?)   | Sí | No |
| 13. ¿Su hijo/a camina?  | Sí | No |
| 14. ¿Su hijo/a le mira a los ojos cuando usted le habla, juega con él/ella o lo/la viste?   | Sí | No |
| 15. ¿Su hijo/a trata de imitar sus movimientos? ( <b>POR EJEMPLO</b> decir adiós con la mano, aplaudir o algún ruido chistoso que usted haga)   | Sí | No |
| 16. ¿Si usted se voltea a ver algo, su hijo/a trata de ver que es lo que usted está mirando?  | Sí | No |
| 17. ¿Su hijo/a trata que usted lo mire? ( <b>POR EJEMPLO</b> ¿Busca que usted lo/la halague, o dice “mirame”?)  | Sí | No |
| 18. ¿Su hijo/a le entiende cuando usted le dice que haga algo?<br>( <b>POR EJEMPLO</b> ¿Su hijo/a entiende “pon el libro en la silla” o “tráeme la cobija” sin que usted haga señas?)   | Sí | No |
| 19. ¿Si algo nuevo ocurre, su hijo/a lo mira a la cara para ver cómo se siente usted al respecto?<br>( <b>POR EJEMPLO</b> ¿Si oye un ruido extraño o ve un juguete nuevo, se voltaría a ver su cara?)                                     | Sí | No |
| 20. ¿A su hijo/a le gustan las actividades con movimiento?<br>( <b>POR EJEMPLO</b> Le gusta que lo mezan/columpien, o que lo haga saltar en sus rodillas)   | Sí | No |

# Entrevista de Seguimiento del M-CHAT-R (M-CHAT-R/F)<sup>TM</sup>

## Permiso para su uso

El Cuestionario Modificado de Detección Temprana de Autismo (para niños de 1 a 3 años) con Entrevista de Seguimiento<sup>TM</sup> (M-CHAT-R/F FUI<sup>TM</sup>; Robins, Fein, & Barton, 2009) está diseñado para acompañar al M-CHAT-R<sup>TM</sup>. El M-CHAT-R/F FUI<sup>TM</sup> se puede bajar o descargar de [www.mchatscreen.com](http://www.mchatscreen.com).

El M-CHAT-R/F es un instrumento con registro de derechos de autor y el uso de este instrumento está limitado por sus autores y por quienes poseen derechos de autor. El M-CHAT-R<sup>TM</sup> y el M-CHAT-R/F pueden ser utilizados con fines clínicos, de investigación y educacionales. Si bien estamos proveyendo este material libre de cargo para estos usos, se encuentra protegido por los derechos de autor y no es de circulación libre. Cualquier persona interesada en utilizar el M-CHAT-R/F<sup>TM</sup> para algún producto comercial o electrónico debe contactarse y pedir permiso a Diana L. Robins al [mchatscreen2009@gmail.com](mailto:mchatscreen2009@gmail.com).

## Instrucciones de Uso

El M-CHAT-R/F FUI<sup>TM</sup> está diseñado para ser utilizado con el M-CHAT-R; el M-CHAT-R es válido para evaluar el riesgo de Trastornos del Espectro Autista (TEA) en niños entre 16 y 30 meses de edad. Los usuarios deben ser conscientes que aún incluso con la entrevista de seguimiento, un número significativo de niños que no pasen el M-CHAT-R no serán diagnosticados con TEA. No obstante, estos niños corren el riesgo de padecer otros trastornos o retrasos en su desarrollo, y por lo tanto, se justifica un seguimiento para todo niño cuyo resultado haya sido positivo.

Una vez que el/la padre/madre haya completado el M-CHAT-R, califique el instrumento de acuerdo a las instrucciones. Si los resultados del niño son positivos, seleccione los ítems de la Entrevista de Seguimiento basándose en aquellos que el niño no haya pasado en el M-CHAT-R. Solamente aquellos artículos que el/la niño/a no haya pasado originalmente, son los que se deben administrar la entrevista completa.

Cada página de la entrevista corresponde a un ítem en el M-CHAT-R. Siga el formato del organigrama haciendo preguntas hasta que alcance la calificación "PASA" o "NO PASA". Por favor note que los padres pueden responder "tal vez" a algunas preguntas durante la entrevista. Cuando un padre responde "tal vez", pregunte si la mayoría de las veces la respuesta sería "sí" o "no" y continúe la entrevista de acuerdo a esa respuesta. En las partes donde hay lugar para responder "otro", el entrevistador debe utilizar su juicio para determinar si la respuesta conduce a "PASA" o "NO PASA".

Califique las respuestas de cada ítem en la hoja de resultados del M-CHAT-R/F (que contiene los mismos ítems que el M-CHAT-R, pero SI/NO han sido remplazados por PASA/NO PASA). La entrevista se considera positiva si el niño no pasa dos ítems de la Entrevista de Seguimiento (cualquiera de ellos). Si los resultados de un niño son positivos en el M-CHAT-R/F, se recomienda firmemente que el niño sea referido lo antes posible para una intervención temprana y exámenes de diagnóstico. Por favor nótese que si el médico, paramédico, asistente de salud o los padres tienen alguna duda o preocupación sobre los TEA, estos niños deberían ser referidos para una evaluación, independientemente de los resultados obtenidos en el M-CHAT-R o el M-CHAT-R-FUI.

# Seguimiento del M-CHAT-R™, Hoja de Calificación

## Por Favor fíjese: Si/No ha sido reemplazado por Pasa/No Pasa

1. ¿Si usted señala un objeto del otro lado del cuarto, su hijo/a lo mira? <b>(POR EJEMPLO ¿Si usted señala un juguete o un animal, su hijo/a mira al juguete o al animal?)</b>	Pasa	No Pasa
2. ¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo/a es sordo/a?	Pasa	No Pasa
3. ¿Su hijo/a juega juegos de fantasía o imaginación? <b>(POR EJEMPLO</b> finge beber de una taza vacía, finge hablar por teléfono o finge darle de comer a una muñeca o un peluche)	Pasa	No Pasa
4. ¿A su hijo/a le gusta treparse a las cosas? <b>(POR EJEMPLO</b> muebles, escaleras o juegos infantiles)	Pasa	No Pasa
5. ¿Su hijo/a hace movimientos inusuales con los dedos cerca de sus ojos? <b>(POR EJEMPLO ¿</b> Mueve sus dedos cerca de sus ojos de manera inusual?)	Pasa	No Pasa
6. ¿Su hijo/a apunta o señala con un dedo cuando quiere pedir algo o pedir ayuda? <b>(POR EJEMPLO</b> señala un juguete o algo para comer que está fuera de su alcance)	Pasa	No Pasa
7. ¿Su hijo/a apunta o señala con un dedo cuando quiere mostrarle algo interesante? <b>(POR EJEMPLO</b> señala un avión en el cielo o un camión grande en el camino)	Pasa	No Pasa
8. ¿Su hijo/a muestra interés en otros niños? <b>(POR EJEMPLO ¿</b> mira con atención a otros niños, les sonrío o se les acerca?)	Pasa	No Pasa
9. ¿Su hijo/a le muestra cosas acercándose a usted o levantándolas para que usted las vea, no para pedir ayuda sino para compartirlas con usted? <b>(POR EJEMPLO</b> le muestra una flor, un peluche o un camión/carro de juguete)	Pasa	No Pasa
10. ¿Su hijo/a responde cuando usted le llama por su nombre? <b>(POR EJEMPLO ¿</b> Cuando usted lo llama por su nombre: lo mira a usted, habla, balbucea, o deja de hacer lo que estaba haciendo?)	Pasa	No Pasa
11. ¿Cuándo usted le sonrío a su hijo/a, él o ella le devuelve la sonrisa?	Pasa	No Pasa
12. ¿ A su hijo/a le molestan los ruidos cotidianos? <b>(POR EJEMPLO ¿</b> Llora o grita cuando escucha la aspiradora o música muy fuerte?)	Pasa	No Pasa
13. ¿Su hijo/a camina?	Pasa	No Pasa
14. ¿Su hijo/a le mira a los ojos cuando usted le habla, juega con él/ella o lo/la viste?	Pasa	No Pasa
15. ¿Su hijo/a trata de imitar sus movimientos? <b>(POR EJEMPLO</b> decir adiós con la mano, aplaudir o algún ruido chistoso que usted haga)	Pasa	No Pasa
16. ¿Si usted se voltea a ver algo, su hijo/a trata de ver que es lo que usted está mirando?	Pasa	No Pasa
17. ¿Su hijo/a trata que usted lo mire? <b>(POR EJEMPLO ¿</b> Busca que usted lo/la halague, o dice “mirame”?)	Pasa	No Pasa
18. ¿Su hijo/a le entiende cuando usted le dice que haga algo? <b>(POR EJEMPLO ¿</b> Su hijo/a entiende “pon el libro en la silla” o “tráeme la cobija” sin que usted haga señas?)	Pasa	No Pasa
19. ¿Si algo nuevo ocurre, su hijo/a lo mira a la cara para ver cómo se siente usted al respecto? <b>(POR EJEMPLO ¿</b> Si oye un ruido extraño o ve un juguete nuevo, se voltaría a ver su cara?)	Pasa	No Pasa
20. ¿ A su hijo/a le gustan las actividades con movimiento? <b>(POR EJEMPLO</b> Le gusta que lo mezan/columpien, o que lo haga saltar en sus rodillas)	Pasa	No Pasa

1. ¿Si usted señala algo al otro lado del cuarto \_\_\_\_\_ lo mira?

**Sí**

**No**

Por favor deme un ejemplo de cómo su hijo/a responde si usted señala algo (*Si el padre no da uno de los ejemplos "PASA" listado debajo, pregunte cada uno individualmente*)

¿Qué hace su hijo/a típicamente cuando usted señala algo?

**Ejemplos en que PASA**

Mira el objeto	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Señala el objeto	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Mira y comenta sobre el objeto	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Mira si el/la padre/madre señala el objeto y dice "mira"!	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

**Ejemplos en que NO PASA**

Ignora al padre/madre	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Mira alrededor del cuarto al azar	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Mira al dedo del padre/madre	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

**Sí** solo a los ejemplos en que PASA

**Sí** a ambos ejemplos, los que PASA y los que NO PASA

**Sí** solo a los ejemplos en que NO PASA

**PASA**

**NO PASA**

¿Cuál es más frecuente?

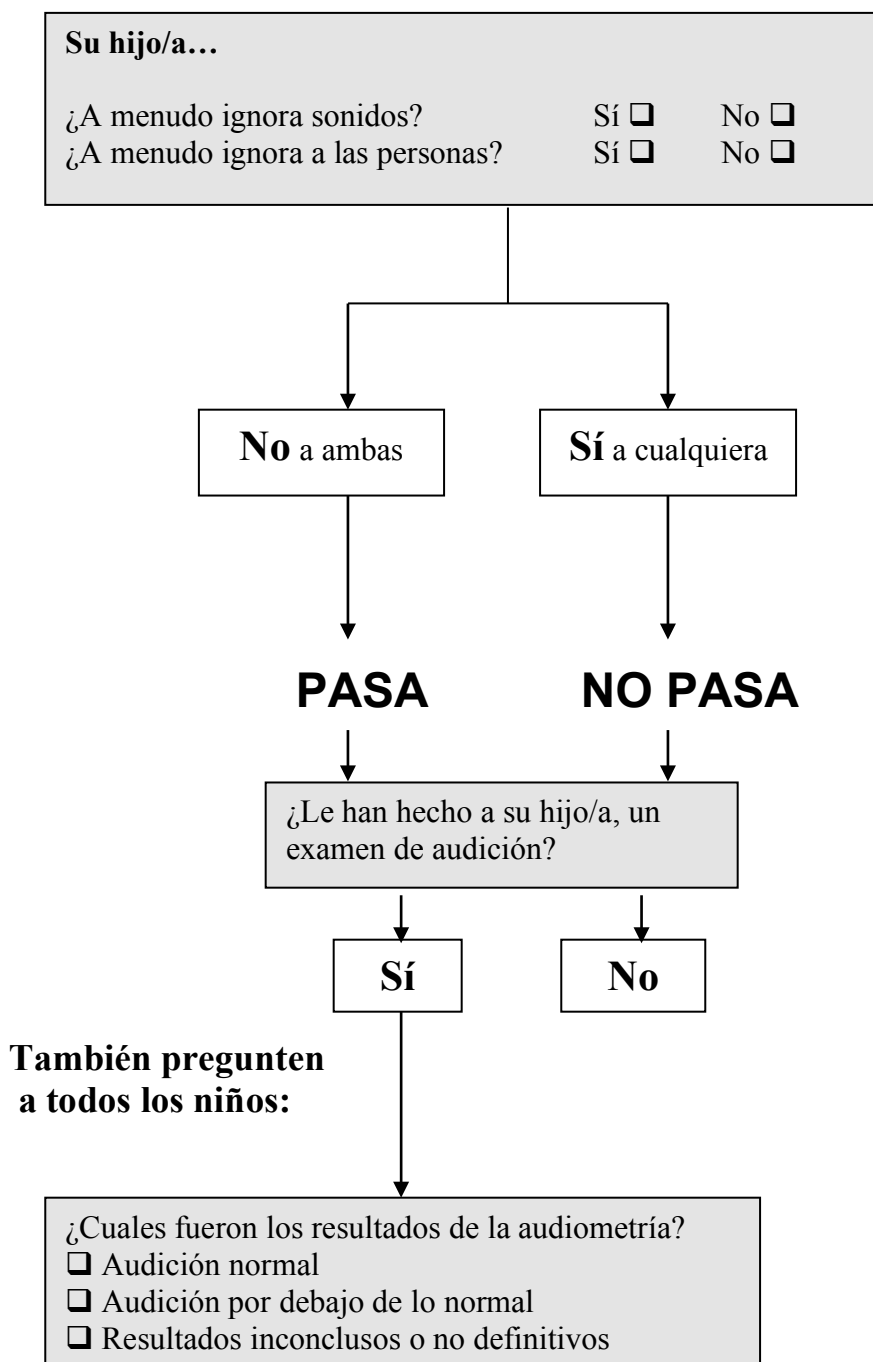
Ejemplos en que PASA son más comunes

Ejemplos en que NO PASA son más comunes

**PASA**

**NO PASA**

2. Usted informo que usted se ha preguntado si su hijo/a es sordo/a. ¿Qué le llevó a pensar eso?





3. ¿\_\_\_\_\_ juega juegos de fantasía o imaginación?

**Sí**

**No**

Por favor deme un ejemplo de los juegos imaginarios de su hijo/a (Si el padre no da uno de los ejemplos "PASA" listado debajo, pregunte cada uno individualmente.)

**Alguna vez...**

¿Finge beber de una taza de juguete?

¿Finge comer con una cuchara o tenedor de juguete?

¿Finge hablar por teléfono?

¿Finge darle de comer a un muñeco o peluche con comida de verdad o imaginaria?

¿Empuja un auto/carrito por un camino imaginario?

¿Finge ser un robot, un avión, una bailarina, o algún otro personaje favorito?

¿El/ella pone una olla de juguete en la estufa de juguete?

¿Revuelve la comida imaginaria?

¿Pone una figura de acción o una muñeca, como conductor o pasajero, en un carro o camión de juguete?

¿Finge pasar la aspiradora, barrer el piso, o cortar el césped?

Otro(describa):

Sí

No

Sí

No

Sí

No

Sí

No

Sí

No

Sí

No

Sí

No

Sí

No

Sí

No

Sí

No

**Sí a cualquiera**

**No a todas**

**PASA**

**NO PASA**

4. ¿A \_\_\_\_\_ le gusta treparse a las cosas?

**Sí**

**No**

Por favor deme un ejemplo de algo que le gusta trepar (Si el padre no da un ejemplo "PASA" listado debajo, pregunte cada uno individualmente.)

**Le gusta treparse a las...**

... escaleras?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
... sillas?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
... muebles?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
... juegos infantiles?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

**Sí** a alguna de las anteriores

**No** a todas

**PASA**

**NO PASA**

5. ¿\_\_\_\_\_ hace movimientos raros con los dedos cerca de sus ojos?

**Sí**

**No**

Por favor describa estos movimientos.  
(Si el padre no da un ejemplo "PASA" listado debajo,  
pregunte cada uno individualmente.)

**PASA**

**¿Alguna vez...**  
(Los siguientes son ejemplos en que  
"PASA")

Se mira las manos?    Sí     No   
Mueve sus dedos  
cuando juega cucú?    Sí     No

**¿Alguna vez....**  
(Los siguientes son ejemplos en que "NO PASA")

Mueve los dedos cerca de sus ojos?    Sí     No   
Mantiene las manos arriba cerca de sus ojos?    Sí     No   
Mantiene las manos a los lados de sus  
ojos?    Sí     No   
Aletea las manos cerca de su cara?    Sí     No   
Otro (describa)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Sí** a alguna de  
las anteriores

**No** a todas las anteriores

**Sí** a alguna de las anteriores

¿Esto ocurre más de dos  
veces por semana?

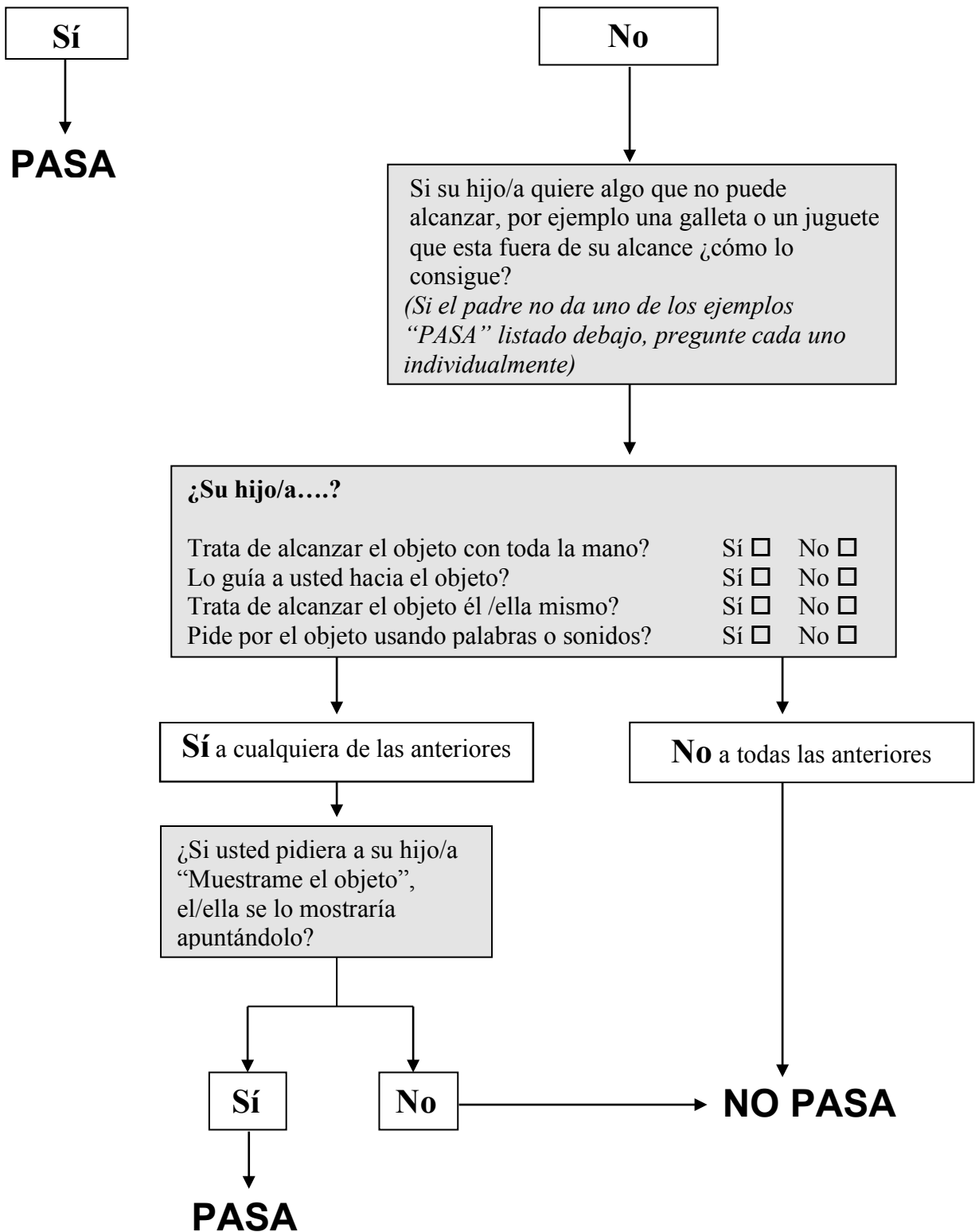
**PASA**

**No**

**Sí**

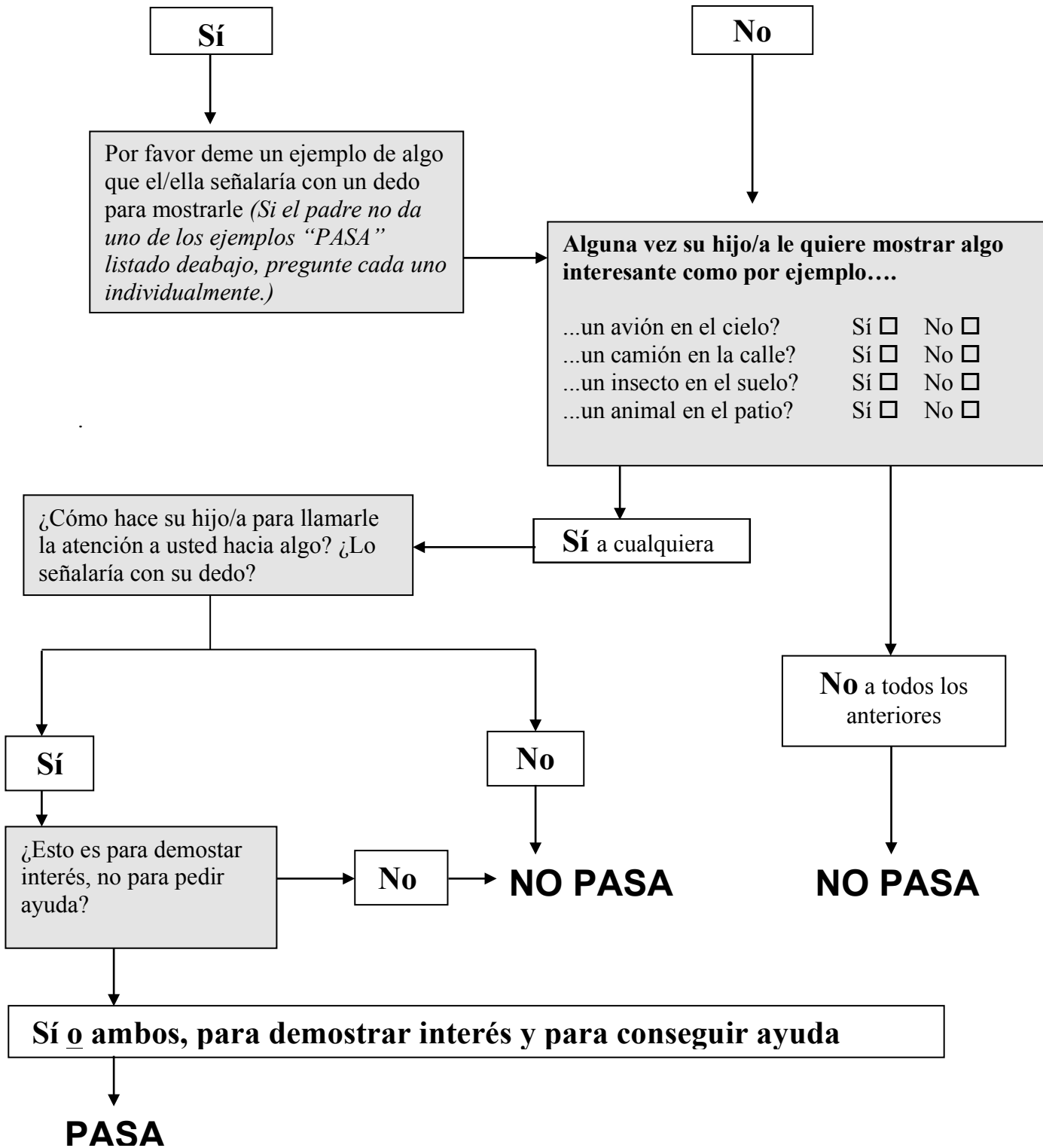
**NO PASA**

6. ¿Su hijo/a señala con un dedo cuando quiere pedir algo o pedir ayuda?

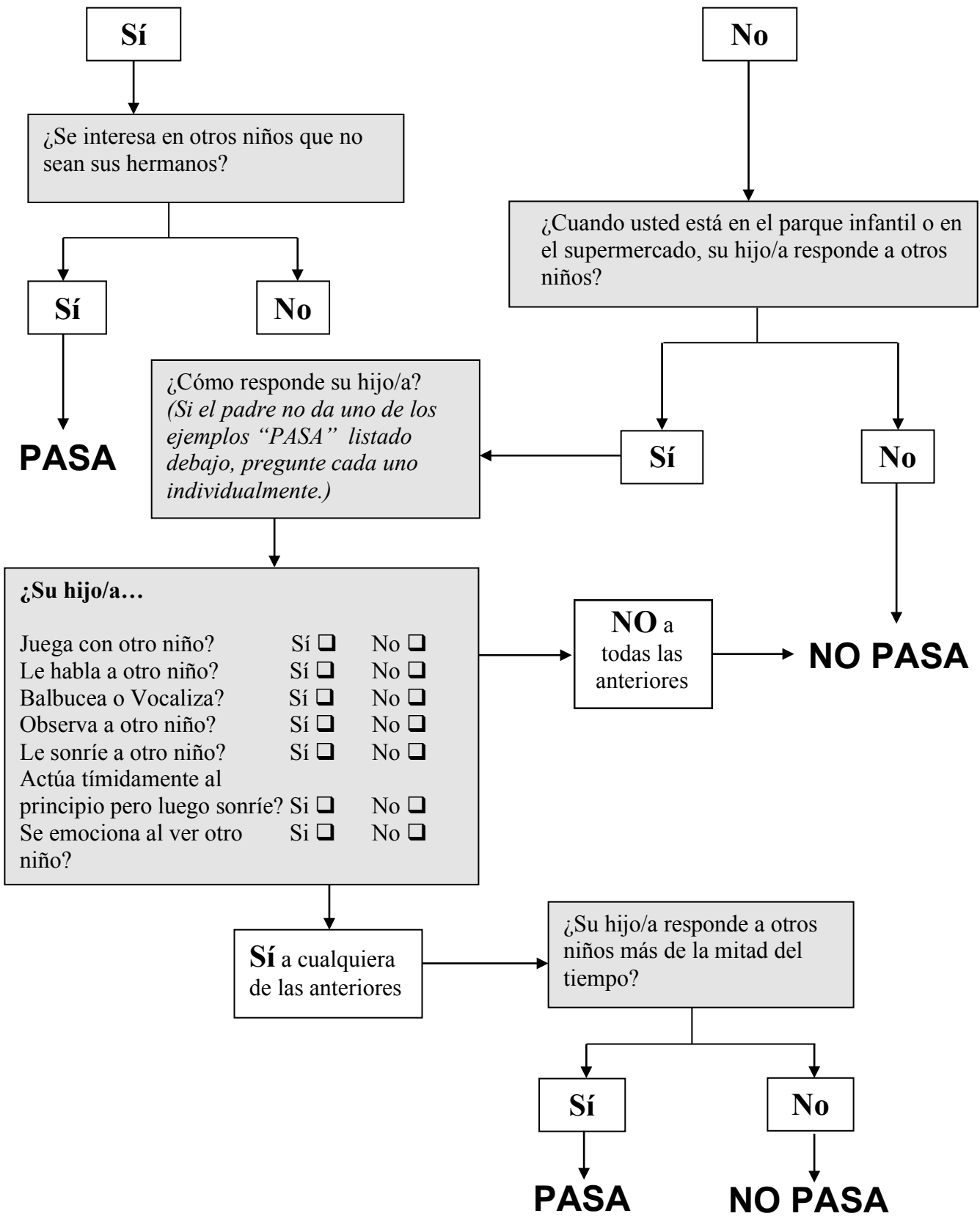


7. \*Si el entrevistador acaba de preguntar el # 6, empiece aquí: Acabamos de hablar sobre apuntar o señalar con un dedo para pedir algo.

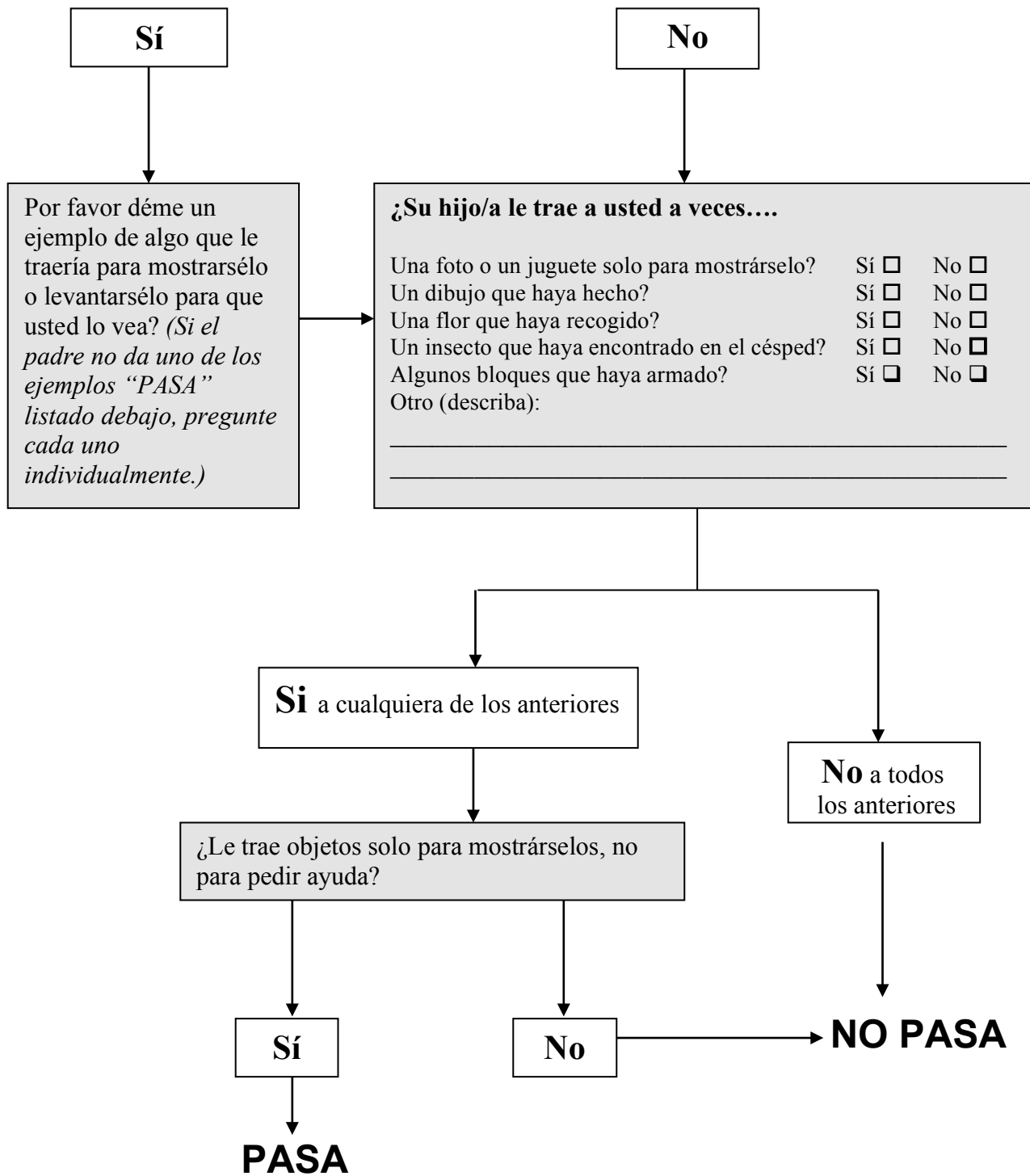
PREGUNTE A TODOS: ¿Su hijo/a señala con un dedo cuando quiere mostrarle algo interesante?



8. ¿ \_\_\_\_\_ demuestra interés por otros niños?



9. ¿\_\_\_\_\_ le muestra cosas acercándoselas o levantándolas para que usted las vea? No solo para pedir ayuda sino para compartirlas con usted?



10. ¿\_\_\_\_\_ responde cuando usted le llama por su nombre?

**Sí**

**No**

Por favor déme un ejemplo de cómo responde cuando usted le llama por su nombre (Si el padre no da uno de los ejemplos "PASA" listado debajo, pregunte cada uno individualmente.)

Si no está haciendo algo divertido o interesante, ¿Qué hace cuando usted le llama por el nombre? (Si el padre no da uno de los ejemplos "PASA" listado debajo, pregunte cada uno individualmente.)

**Su hijo/a...**  
(A continuación se encuentran las respuestas en que "PASA")

Alza la vista?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Habla o balbucea?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Deja de hacer lo que estaba haciendo?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

**Su hijo/a...**  
(A continuación se encuentran las respuestas en que "NO PASA")

No responde?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Parece oír pero ignora al padre?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Responde solamente si el padre está cara a cara con el/la niño/a ?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Responde solamente al tocarlo/a?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

**Sí solo a ejemplos de PASA**

**Sí a ambos ejemplos de PASA Y NO PASA**

**Sí solo a ejemplos de NO PASA**

¿Cuál de ellas realiza más seguido?

Respuestas PASA

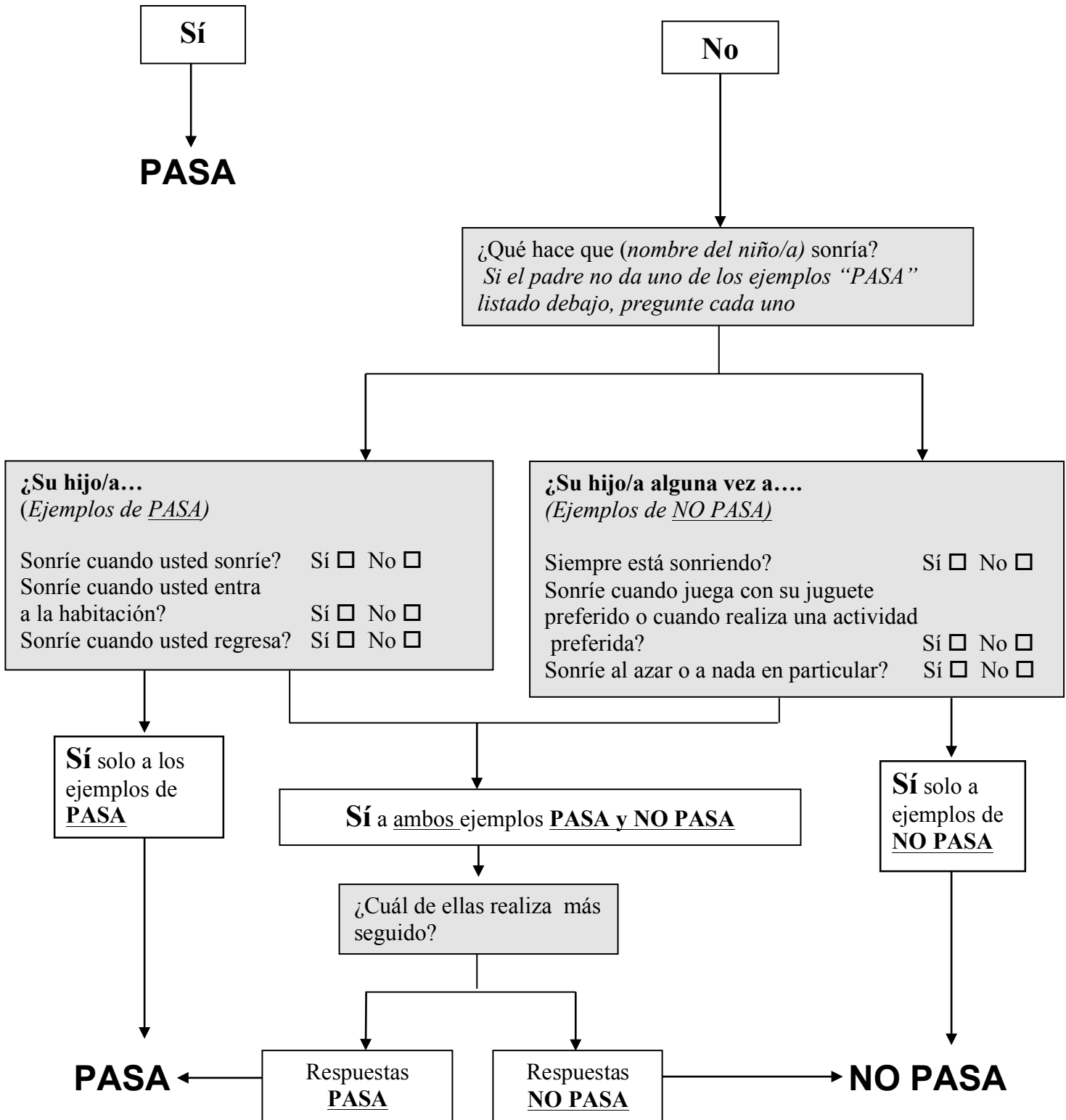
Respuestas NO PASA

**PASA**

**NO PASA**



11. Cuando usted le sonríe a \_\_\_\_\_  El/ella le sonríe de vuelta?



12. ¿Le molestan a \_\_\_\_\_ los ruidos cotidianos?

**Sí**

**No**

**PASA**

**¿Su hijo reacciona de manera negativa al sonido de...:**

La lavadora de ropa?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Otros bebés llorando?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
La aspiradora?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Secador de pelo?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tráfico?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
El chillido de otros bebés?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Música muy alta?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
El teléfono o timbre?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Lugares ruidosos como el supermercado o un restaurante?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Otro (describa):		

**Sí a dos o más**

¿Cómo reacciona su hijo/a a esos ruidos?  
*(Si el padre no da uno de los ejemplos PASA listado debajo, pregunte cada uno individualmente.)*

**Su hijo...**  
*(Ejemplos de PASA)*

Se cubre los oídos con calma?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Le dice a usted que a el/ella no le gusta el ruido?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

**Su hijo...**  
*(Ejemplos de NO PASA)*

Grita?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Llora?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Se cubre los oídos y se altera?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

**Sí solo a ejemplos de PASA**

**Sí a ambos ejemplos de PASA y NO PASA**

**Sí solo a ejemplos de NO PASA**

¿Cuál de ellas realiza más seguido?

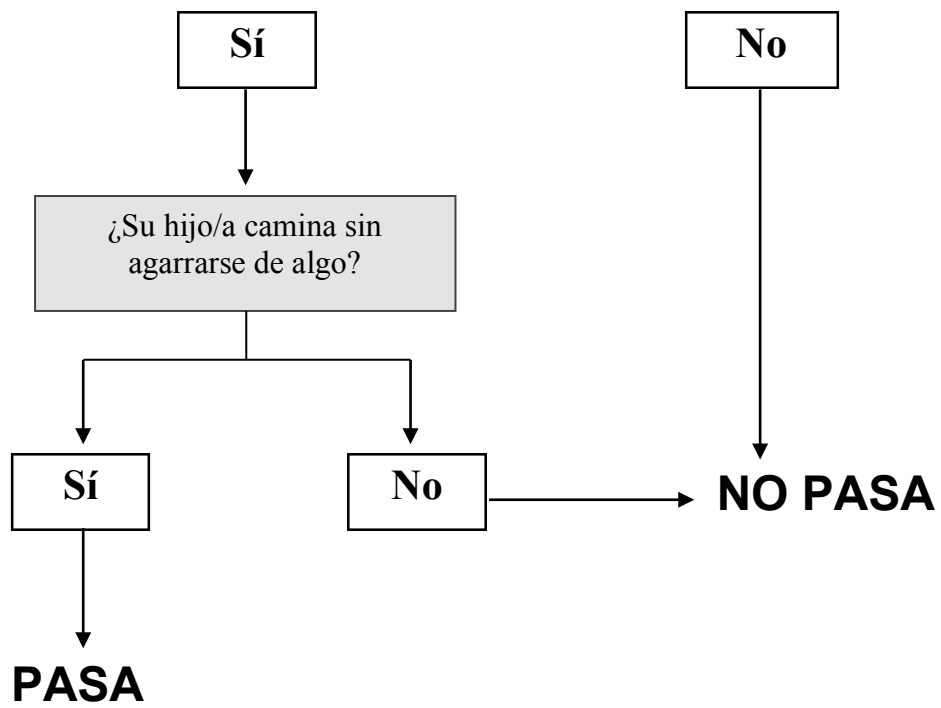
**PASA**

Respuestas **PASA**

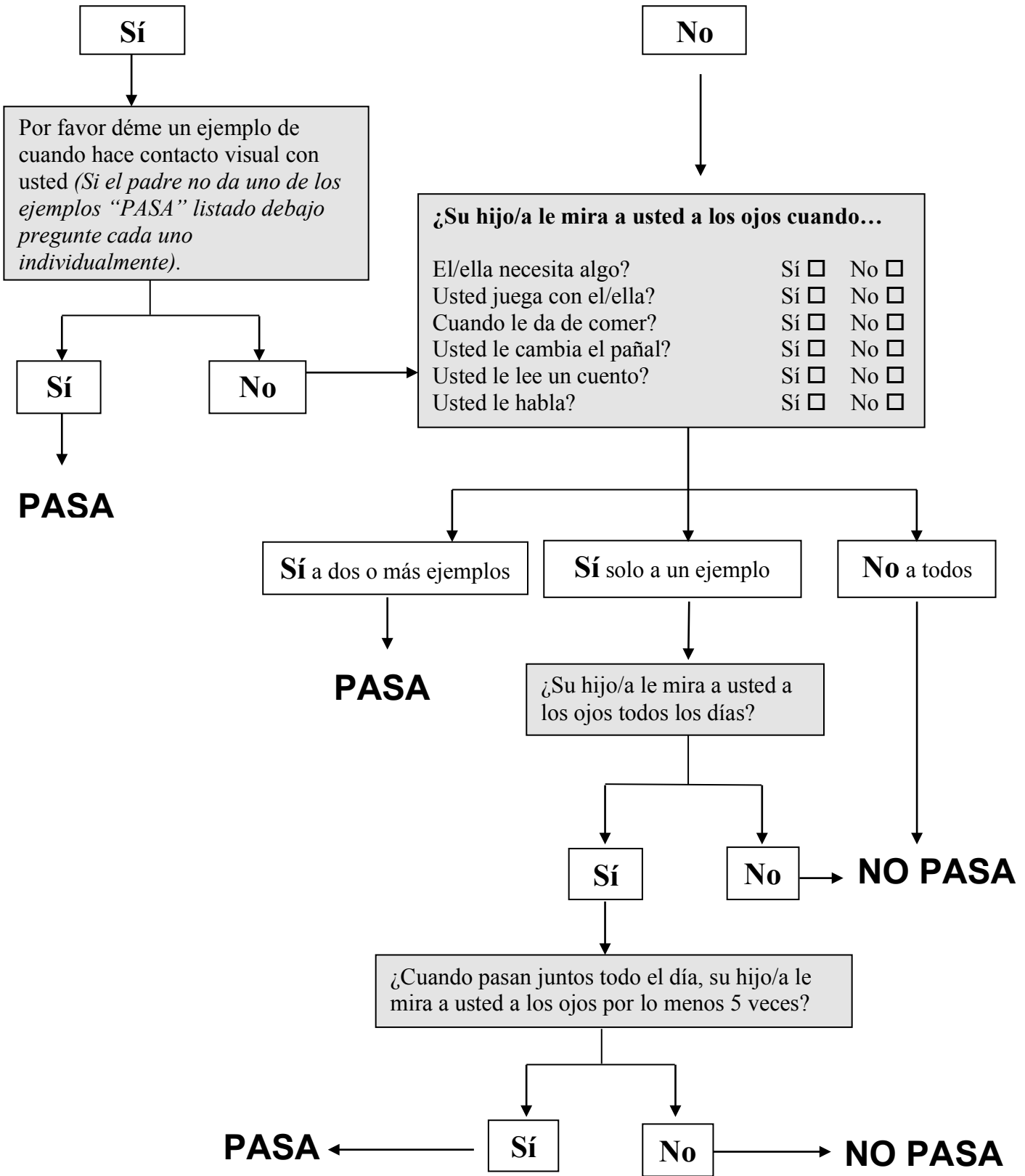
Respuestas **NO PASA**

**NO PASA**

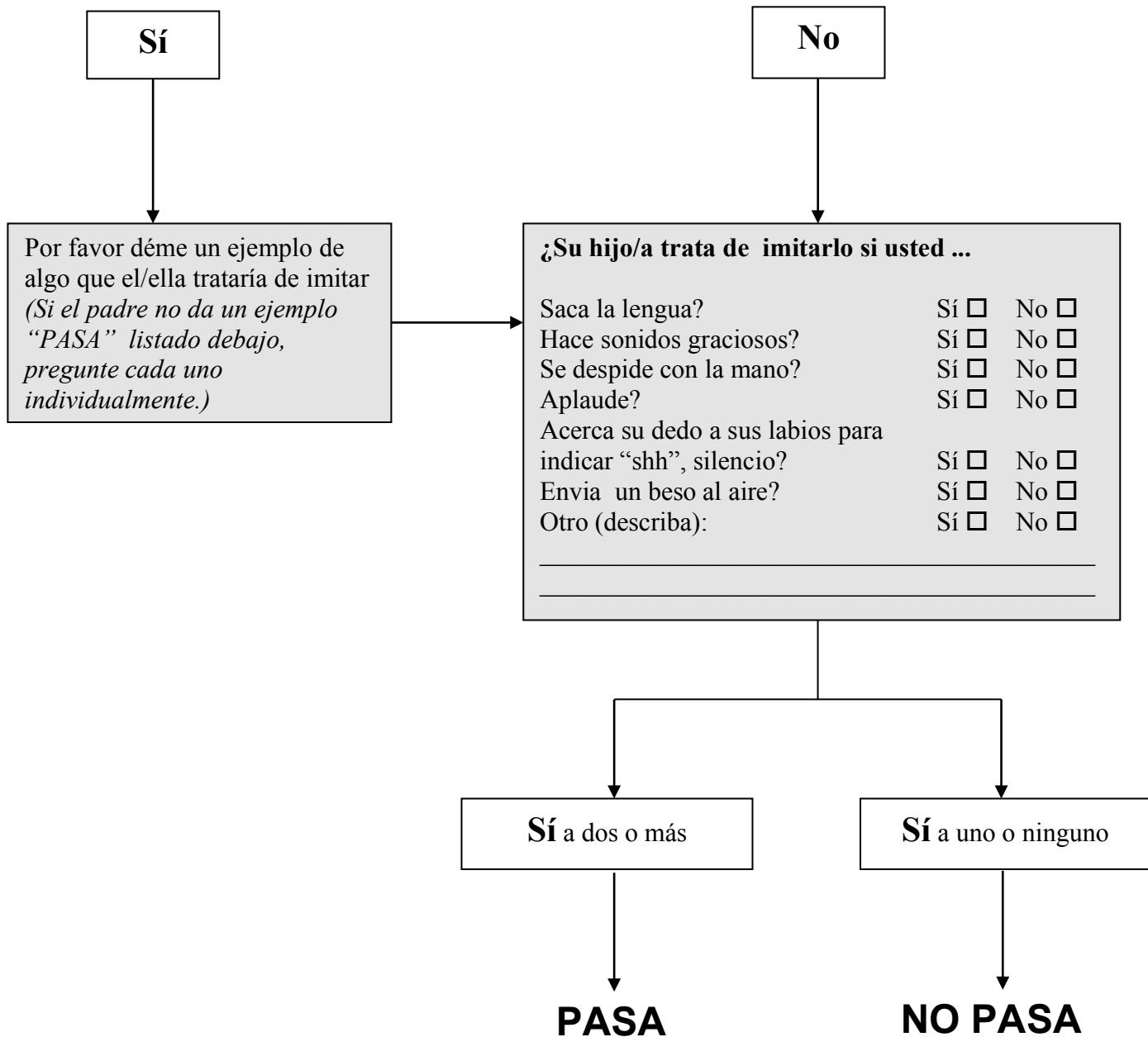
13. ¿\_\_\_\_\_ camina?



14. ¿ \_\_\_\_\_ le mira a los ojos cuando usted le habla, juega con él/ella, o lo/la viste?



15. ¿\_\_\_\_\_ trata de imitar sus movimientos?



16. Si usted se voltea a ver algo, ¿\_\_\_\_\_ mira alrededor y trata de ver lo que usted está mirando?

**Sí**

**PASA**

**No**

¿Qué hace su hijo/a cuando usted se voltea a ver algo? (Si el padre no da un ejemplo "PASA" listado debajo, pregunte cada uno individualmente.)

¿Su hijo/a...  
(Ejemplos de "PASA")

Mira al objeto que usted está mirando? Sí  No   
Apunta al objeto que usted está mirando? Sí  No   
Mira alrededor para ver lo que usted está mirando? Sí  No

¿Su hijo/a...  
(Ejemplos de "NO PASA")

Lo ignora a usted? Sí  No   
Lo mira a Usted a su cara? Sí  No

**Sí** solo a ejemplos de **PASA**

**Sí** a ambos ejemplos de **PASA** y **NO PASA**

**Sí** solo a ejemplos de **NO PASA**

¿Cuál de ellas hace más seguido?

Respuestas **PASA**

Respuestas **NO PASA**

**PASA**

**NO PASA**

17. ¿\_\_\_\_\_ busca que usted lo mire?

**Sí**

**No**

Por favor déme un ejemplo de cómo buscaría él/ella que usted lo mire. *(Si el padre no da un ejemplo "PASA" listado debajo, pregunte cada uno individualmente.)*

**¿Su hijo/a...**

Dice "Mira " o "Mírame"?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Balbucea o hace algún ruido para llamar su atención así usted mira lo que el/ella está haciendo?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Lo mira a usted esperando que usted lo felicite o haga un comentario?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Lo mira a usted para ver si usted lo está mirando?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Otro (describa):	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

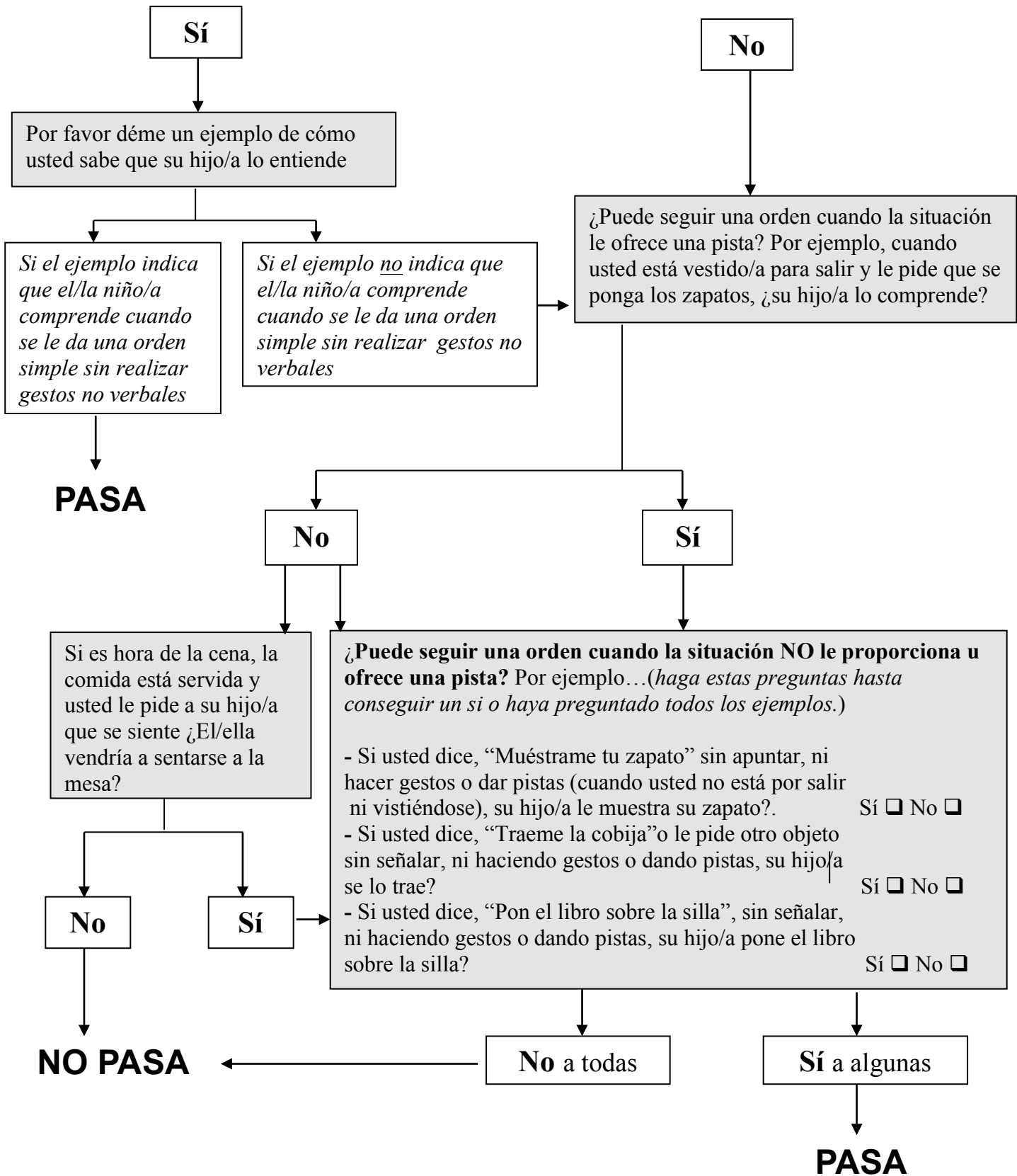
**Sí** a cualquier pregunta

**Sí** a ninguna

**PASA**

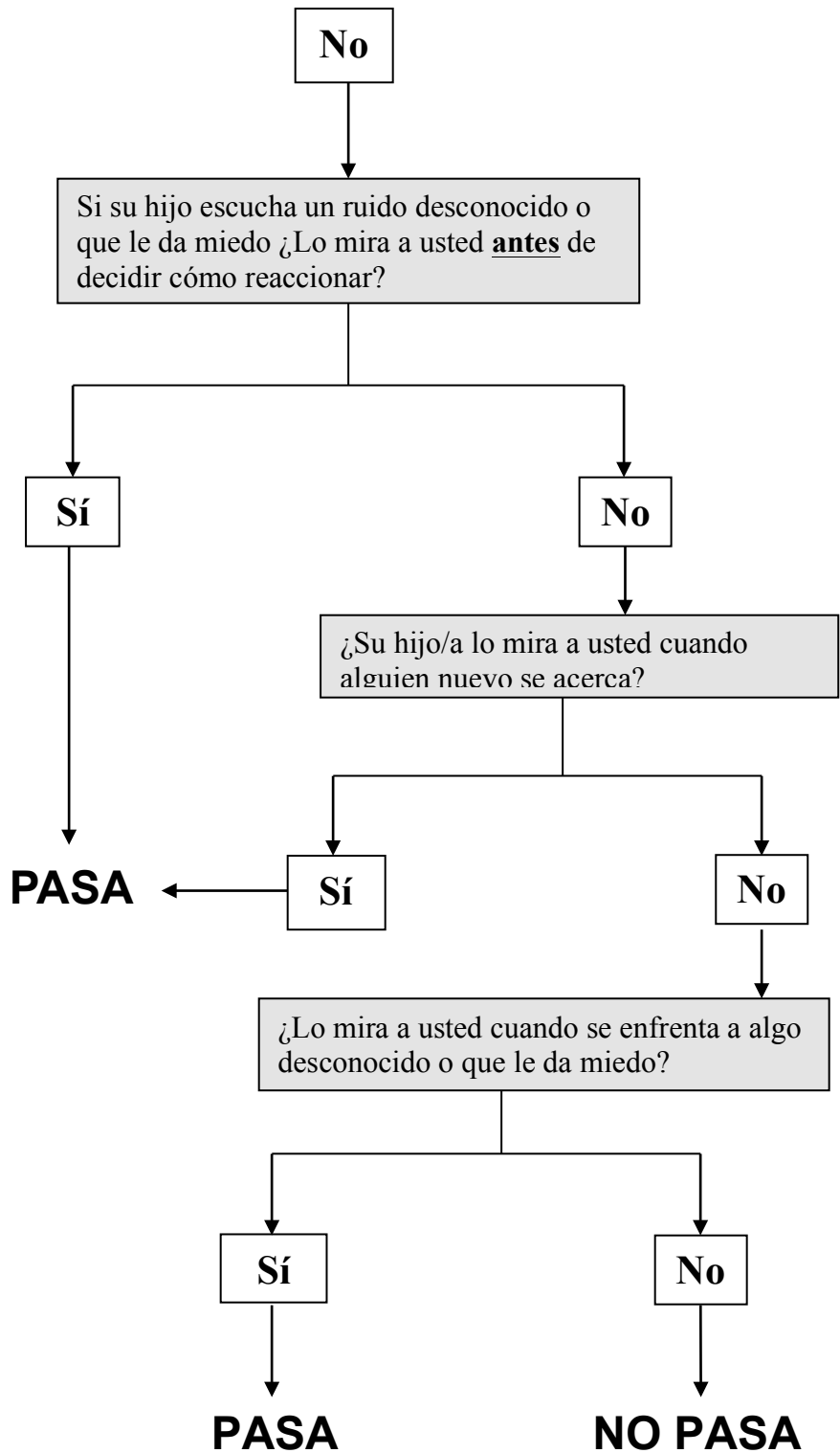
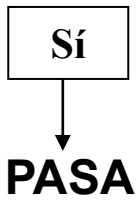
**NO PASA**

18. ¿ \_\_\_\_\_ le entiende cuando usted le dice que haga algo?





19. Si ocurre algo nuevo ¿ \_\_\_\_\_ le mira a la cara para ver como se siente usted al respecto?



20. ¿A \_\_\_\_\_ le gustan las actividades con movimiento?

