

# M-CHAT

**Ingrese el nombre de la persona que completa este formulario en nombre del paciente:**

1) **¿Cuál es la relación de esta persona con el paciente?**

- Padre o madre
- Guardián legal
- Otro: \_\_\_\_\_

**Indique si el paciente ha exhibido alguno de los siguientes comportamientos:**

Pregunta #		Sí	No
1	¿A su hijo le gusta que lo golpeen, lo golpeen en la rodilla, etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	¿Su hijo se interesa por otros niños?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	¿Le gusta a su hijo subir cosas, como subir escaleras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	¿A su hijo le gusta jugar a las escondidas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	¿Alguna vez su hijo finge, por ejemplo, hablar por teléfono o cuidar muñecas o simular otras cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	¿Alguna vez su hijo usa su dedo índice para señalar, para pedir algo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	¿Alguna vez su hijo usa su dedo índice para señalar, para indicar interés en algo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	¿Puede su hijo jugar correctamente con juguetes pequeños con solo decirlos, tocarlos o dejarlos caer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	¿Alguna vez su hijo le trae objetos para mostrarle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	¿Su hijo lo mira a los ojos por más de dos segundos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	¿Su hijo parece demasiado sensible al ruido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	¿Sonríe su hijo en respuesta a su cara o su sonrisa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	¿Tu hijo te imita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	¿Responde su hijo a su nombre cuando llama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Si señala un juguete al otro lado de la habitación, ¿lo mira su hijo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	¿Camina su hijo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	¿Mira su hijo las cosas que está mirando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	¿Su hijo realiza movimientos inusuales de los dedos cerca de la cara?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	¿Trata su hijo de llamar la atención sobre su actividad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	¿Alguna vez te has preguntado si tu hijo es sordo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	¿Su hijo entiende lo que dice la gente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	¿Su hijo a veces no mira nada o deambula?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	¿Su hijo mira su cara para verificar su reacción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>