

Name: _____ DOB: _____ Date: _____

M-CHAT

Please fill out the following about how your child usually is. Please try to answer every question. If the behavior is rare (e.g., you've seen it once or twice), please answer as if the child does not do it.

- | | | |
|---|-----|----|
| 1. Does your child enjoy being swung, bounced on your knee, etc.? | Yes | No |
| 2. Does your child take an interest in other children? | Yes | No |
| 3. Does your child like climbing on things, such as upstairs? | Yes | No |
| 4. Does your child enjoy playing peek-a-boo/hide-and-seek? | Yes | No |
| 5. Does your child ever pretend, for example, to talk on the phone or take care of a doll or pretend other things? | Yes | No |
| 6. Does your child ever use his/her index finger to point, to ask for something? | Yes | No |
| 7. Does your child ever use his/her index finger to point, to indicate interest in something? | Yes | No |
| 8. Can your child play properly with small toys (e.g. cars or blocks) without just mouthing, fiddling or dropping them? | Yes | No |
| 9. Does your child ever bring objects over to you (parent) to show you something? | Yes | No |
| 10. Does your child look you in the eye for more than a second or two? | Yes | No |
| 11. Does your child ever seem oversensitive to noise? (e.g. plugging ears) | Yes | No |
| 12. Does your child smile in response to your face or your smile? | Yes | No |
| 13. Does your child imitate you? (e.g. you make a face-will your child imitate it) | Yes | No |
| 14. Does your child respond to his/her name when you call? | Yes | No |
| 15. If you point at a toy across the room, does your child look at it? | Yes | No |
| 16. Does your child walk? | Yes | No |
| 17. Does your child look at things you are looking at? | Yes | No |
| 18. Does your child make unusual finger movements near his/her face? | Yes | No |
| 19. Does your child try to attract your attention to his/her own activity? | Yes | No |
| 20. Have you ever wondered if your child is deaf? | Yes | No |
| 21. Does your child understand what people say? | Yes | No |
| 22. Does your child sometimes stare at nothing or wander with no purpose? | Yes | No |
| 23. Does your child look at your face to check your reaction when faced with something unfamiliar? | Yes | No |

CPT: 96110

Reviewed by doctor

NOMBRE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

FECHA DE HOY: _____

CUESTIONARIO DEL DESARROLLO COMUNICATIVO Y SOCIAL EN LA INFANCIA (M-CHAT)

Seleccione, rodeando 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 se lo ha visto hacer una o dos veces) conteste que el niño o niña NO lo hace. Por favor, conteste a todas las preguntas.

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿Le gusta que le balanceen, o que el adulto le haga el “caballito” sentándole en sus rodillas, etc? | Sí | No |
| 2. ¿Muestra interés por otros niños o niñas? | Sí | No |
| 3. ¿Le gusta subirse a sitios como, por ejemplo, sillones, escalones, juegos del parque...? | Sí | No |
| 4. ¿Le gusta que el adulto juegue con él o ella al “cucú-tras” (taparse los ojos y luego descubrirlos; Jugar a esconderse y aparecer de repente)? | Sí | No |
| 5. ¿Alguna vez hace juegos imaginativos, por ejemplo hacienda como si hablara por teléfono, como si estuviera dando de comer a una muñeca, como si estuviera conduciendo un coche o cosas así? | Sí | No |
| 6. ¿Suele señalar con el dedo para pedir algo? | | |
| 7. ¿Suele señalar con el dedo para indicar que also le llama la atención? | Sí | No |
| 8. ¿Puede jugar adecuadamente con piezas o juguetes pequeños (por ejemplo cochecitos, muñequitos o bloques de construcción) sin únicamente chuparlos, agitarlos o tirarlos? | Sí | No |
| 9. ¿Suele traerle objetos para enseñárselos? | Sí | No |
| 10. ¿Suele mirarle a los ojos durante u Nos segundas? | Sí | No |
| 11. ¿Le parece demasiado sensible a ruidos poco intensos? (por ejemplo, reacciona tapándose los oídos, etc.) | Sí | No |
| 12. ¿Sonríe al verle a usted o cuando usted le sonríe? | Sí | No |
| 13. ¿Puede imitar o repetir gestos o acciones que usted hace? (por ejemplo, si usted hace una mueca él o ella también la hace) | Sí | No |
| 14. ¿Responde cuando se le llama por su Nombre? | Sí | No |
| 15. Si usted señala con el dedo un juguete al otro lado de la habitación...¿Dirige su hijo o hija la Mirada hacia ese juguete? | Sí | No |
| 16. ¿Ha aprendido ya a andar? | Sí | No |
| 17. ¿Si usted está mirando algo atentamente, ¿su hijo o hija se pone también a mirarlo? | Sí | No |
| 18. ¿Hace su hijo o hija movimientos raros con los dedos, por ejemplo, acercándoselos a los ojos? | Sí | No |
| 19. ¿Intenta que usted preste atención a las actividades que él o ella está haciendo? | Sí | No |
| 20. ¿Alguna vez ha pensado que su hijo o hija podría tener sordera? | Sí | No |
| 21. ¿Entiende su hijo o hija lo que la gente dice? | Sí | No |
| 22. ¿Se queda a veces mirando al vacío o va de un lado al otro sin propósito? | Sí | No |
| 23. ¿Si su hijo o hija tiene que enfrentarse a una situación desconocida, ¿le mira primero a usted A la cara para saber cómo reaccionar? | Sí | No |