

KENDALL PEDIATRIC PARTNERS
Alina Siblesz Ruiz, MD Raquel Olavarrieta, MD

M-CHAT

WWW.MCHAT.ORG

Nombre _____
 Fecha Nac. _____
 Fecha Hoy _____

Llenado por: _____
 Relación con Paciente _____

M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers)

Marque 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, Ud. solo lo ha visto hacer una o dos veces) conteste que el niño(a) NO lo hace.

1.- Disfruta su niño(a) cuando lo balancean o hacen saltar sobre su rodilla?	SI	NO
2.- Se interesa su niño(a) en otros niños?	SI	NO
3.- Le gusta a su niño(a) subirse a las cosas, por ejemplo, subir las escaleras?	SI	NO
4.- Disfruta su niño(a) jugando a las escondidas (peek a boo)?	SI	NO
5.- Le gusta a su niño(a) jugar a pretender, como por ejemplo, pretende que habla por teléfono, que cuida a sus muñecas o pretende otras cosas?	SI	NO
6.- Utiliza su niño(a) su dedo índice para señalar algo o para preguntar alguna cosa?	SI	NO
7.- Usa su niño(a) su dedo índice para señalar o indicar interés en algo?	SI	NO
8.- Puede su niño(a) jugar bien con juguetes pequeños como carros o cubos, sin llevárselos a la boca o dejarlos caer?	SI	NO
9.- Alguna vez le trae su niño(a) objetos o cosas, con el propósito de mostrarle algo?	SI	NO
10.- Lo mira su niño(a) directamente a los ojos por más de uno o dos segundos?	SI	NO
11.- Parece su niño(a) ser demasiado sensitivo al ruido? (Por ejemplo se tapa los oídos?)	SI	NO
12.- Sonríe su niño(a) en respuesta a su cara o a su sonrisa?	SI	NO
13.- Lo imita su niño(a)? Por ejemplo, si usted le hace una mueca, su niño(a) trata de imitarlo?	SI	NO
14.- Responde su niño(a) a su nombre cuando lo(a) llaman?	SI	NO
15.- Si usted señala un juguete que está al otro lado de la habitación, su niño(a) voltea y lo mira?	SI	NO
16.- Camina su niño(a)?	SI	NO
17.- Presta su niño(a) atención a las cosas que usted está mirando?	SI	NO
18.- Hace su niño(a) movimientos raros con los dedos cerca de su cara?	SI	NO
19.- Trata su niño(a) de llamar su atención a las actividades que está llevando a cabo?	SI	NO
20.- Se ha preguntado alguna vez si su niño(a) es sordo(a)?	SI	NO
21.- Comprende su niño(a) lo que otros dicen?	SI	NO
22.- Ha notado que su niño(a) se queda con una mirada fija en la nada, o si camina algunas veces sin sentido?	SI	NO
23.- Su niño(a) le mira a su cara para ver su reacción cuando está en una situación desconocida?	SI	NO