

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?
(POR EJEMPLO ¿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? (POR EJEMPLO 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?
(POR EJEMPLO muebles, escaleras o juegos infantiles) | Sí | No |
| 5. ¿Su hijo/a hace movimientos inusuales con los dedos cerca de sus ojos?
(POR EJEMPLO ¿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?
(POR EJEMPLO 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?
(POR EJEMPLO señala un avión en el cielo o un camión grande en el camino) | Sí | No |
| 8. ¿Su hijo/a muestra interés en otros niños?
(POR EJEMPLO ¿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?
(POR EJEMPLO 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?
(POR EJEMPLO ¿Cuándo 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?
(POR EJEMPLO ¿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? (POR EJEMPLO 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? (POR EJEMPLO ¿Busca que usted lo/la halague, o dice “mirame”?) | Sí | No |
| 18. ¿Su hijo/a le entiende cuando usted le dice que haga algo?
(POR EJEMPLO ¿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? (POR EJEMPLO ¿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?
(POR EJEMPLO Le gusta que lo mezan/columpien, o que lo haga saltar en sus rodillas) | Sí | No |

Programa de Prevención de Envenenamiento por Plomo en la Niñez

Cuestionario de Pruebas de Plomo para los Padres

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Edad del (de la) niño(a): _____ Nombre del doctor o clinica: _____

Este cuestionario es acerca del plomo. El plomo es una material peligrosa que algunas veces entra al cuerpo de los niños. Puede hacer que se enfermen y puede afectar su comportamiento y habilidad para aprender. Las respuestas a estas preguntas ayudarán al doctor a ver si su niño(a) necesita un análisis de plomo en la sangre. Si alguna de estas preguntas no es clara, pídale al doctor o a la enfermera que le ayude a contestarlas. Para mas información, llame a Leadline: 1-800-368-5060 (o 503-988-4000 en el área metropolitana de Portland). Se habla español.

Por favor, encierre en un círculo sus respuestas a las siguientes preguntas:

¿Su niño(a) vive o visita un hogar, guardería u otro edificio construido antes de 1950?	Sí No Sé	No
¿Su niño(a) ha vivido o visitado durante los últimos 6 meses un hogar, guardería u otro edificio construido antes de 1980 que ha sido pintado, reparado, remodelado o dañado reciente o continuamente?	Sí No Sé	No
¿Su niño(a) tiene un hermano, hermana, otro familiar, compañero de casa o amigo con envenenamiento por plomo?	Sí No Sé	No
¿Pasa su niño(a) tiempo con un adulto que tiene un trabajo o pasatiempo donde puede trabajar con plomo (tal como pintura, remodelación, radiadores de autos, baterías, reparaciones de autos, soldadura, fabricación de plomo, balas, vitrales, cerámica, asistir a campos de tiro, ir de caza o de pesca)?	Sí No Sé	No
¿Tiene piezas de cerámica hechas en otros países o cristal de plomo o peltre que son utilizadas para cocinar, guardar o servir alimentos o bebidas?	Sí No Sé	No
¿Alguna vez ha usado su niño(a) remedios tradicionales, importados o hechos en casa o cosméticos tales como Azarcon, Alarcon, Greta, Rueda, Pay-loo-ah, o Kohl?	Sí No Sé	No
¿Ha sido su niño(a) fue adoptado(a) en un país extranjero? ¿Ha sido su niño(a) ha visitado o vivido en otro país en los últimos 6 meses?	Sí No Sé	No
¿Tiene preocupaciones acerca del desarrollo de su niño(a)? Preocupación(es): _____	Sí	No