Nombre: 18mo 24mo 30mo Fecha:

M-CHAT- Evaluación del desarollo de niños en edad de caminar

Por favor conteste acerca de como su niño (a) es **usualmente**. Por favor trata de contestar cada pregunta. Si el comportamiento de su niño no ocurre con frecuencia, conteste como si no lo hiciera.

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

© 1999 Diana Robins, Deborah Fein, & Marianne Barton

Office use only:

2, 7, 9, 13, 14, 15-Critical. Yes-pass, No-fail

11, 18, 20, 22- Yes-fail, No-pass

Rest: Yes-pass, No-fail

If 2 critical or any 3 failed-Refer

Premier Pediatrics, LLC
Ocala office: 7960 SW 60th Ave, Ocala, FL 34476 | Phone: (352) 671-6741 | Fax: (352) 671-6742
premiermedicalocala.com