

M-CHAT-R (Spanish)

Por favor responda a estas preguntas sobre su hijo/a. Tenga en cuenta cómo su hijo/a se comporta habitualmente. Si usted ha visto a su hijo/a comportarse de una de estas maneras algunas veces, pero no es un comportamiento habitual, por favor responda no. Seleccione, rodeando con un círculo, Muchas gracias.

1. Si usted señala algo al otro lado de la habitación, ¿su hijo/a lo mira? (POR EJEMPLO, Si usted señala a un juguete, un peluche o un animal, ¿su hijo/a lo mira?)	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, "hace como que" bebe de una taza vacía, habla por teléfono o da de comer a una muñeca o peluche,...)	SÍ	NO
4. ¿A su hijo/a le gusta subirse a cosas? (POR EJEMPLO, a una silla, escaleras o tobogán...)	SÍ	NO
5. ¿Hace su hijo/a movimientos inusuales con sus dedos cerca de sus ojos? (POR EJEMPLO, mueve sus dedos cerca de sus ojos de manera inusual?)	SÍ	NO
6. ¿Su hijo/a señala con un dedo cuando quiere pedir algo o pedir ayuda? (POR EJEMPLO, señala un juguete o algo de comer que está fuera de su alcance?)	SÍ	NO
7. Su hijo/a señala con un dedo cuando quiere mostrarle algo que le llama la atención? (POR EJEMPLO, señala un avión en el cielo o un camión muy grande en la calle)	SÍ	NO
8. ¿Su hijo/a se interesa en otros niños? (POR EJEMPLO, mira con atención a otros niños, les sonríe o se les acerca?)	SÍ	NO
9. ¿Su hijo/a le muestra cosas acercándolas o levantándolas para que usted las vea – no para pedir ayuda sino solamente para compartirlas con usted? (POR EJEMPLO, le muestra una flor o un peluche o un coche de juguete)	SÍ	NO
10. ¿Su hijo/a responde cuando usted le llama por su nombre? (POR EJEMPLO, se vuelve, habla o balbucea, o deja de hacer lo que estaba haciendo para mirarle?)	SÍ	NO
11. ¿Cuándo usted sonríe a su hijo/a, él o ella también le sonríe?	SÍ	NO
12. ¿Le molestan a su hijo/a ruidos cotidianos? (POR EJEMPLO, la aspiradora o la música, incluso cuando está no está excesivamente alta?)	SÍ	NO
13. ¿Su hijo/a camina solo?	SÍ	NO
14. ¿Su hijo/a le mira a los ojos cuando usted le habla, juega con él o ella, o lo viste?	SÍ	NO
15. ¿Su hijo/a imita sus movimientos? (POR EJEMPLO, decir adiós con la mano, aplaudir o algún ruido gracioso que usted haga?)	SÍ	NO
16. Si usted se gira a ver algo, ¿su hijo/a trata de mirarle hacia lo que usted está mirando?	SÍ	NO
17. ¿Su hijo/a intenta que usted le mire/preste atención? (POR EJEMPLO, busca que usted le haga un cumplido, o le dice "mira" o "mírame")	SÍ	NO
18. ¿Su hijo/a le entiende cuando usted le dice que haga algo? (POR EJEMPLO, si usted no hace bestos, ¿su hijo/a entiende poner el libro encima de la silla, o traerme la manta?)	SÍ	NO
19. Si algo nuevo pasa, ¿su hijo/a le mira para ver como usted reacciona al respecto? (POR EJEMPLO, si oye un ruido extraño o ve un juguete nuevo, ¿se gira a ver su cara?)	SÍ	NO
20. ¿Le gustan a su hijo/a los juegos de movimiento? (POR EJEMPLO, le gusta que le balancee o que le haga el caballito, sentándole en sus rodillas)	SÍ	NO

VALORACION DE HABITOS SALUDABLES



Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento _____ Fecha _____

Encierre en un círculo la respuesta que mejor describa los hábitos de alimentación y de actividad física promedio de su niño.

Mi hijo consume verduras y frutas:



Mi hijo come fuera:



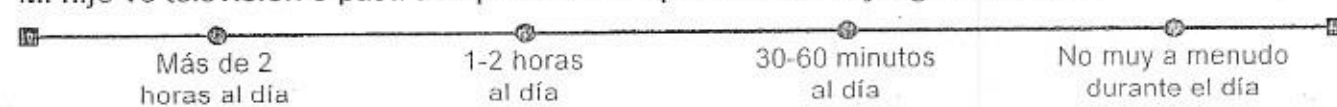
Mi hijo es activo:



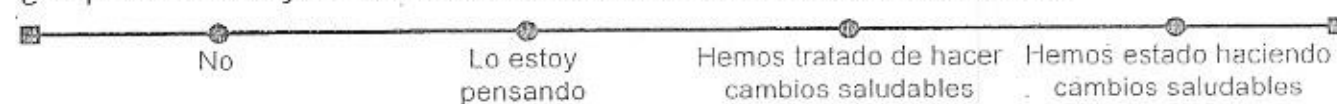
Mi hijo toma bebidas azucaradas (gaseosas, té dulce, jugos, bebidas deportivas, otras bebidas con jugo):



Mi hijo ve televisión o pasa tiempo en la computadora o en juegos de video:



¿Ha pensado ensayar nuevos hábitos saludables para su hijo o su familia?



Si pudiera hacer un solo cambio saludable, ¿Cuál sería?

- Llene la mitad del plato con frutas y verduras
- Mantenga actividad durante 60 minutos
- Limite el tiempo frente a la pantalla a una hora
- Tome más agua y limite las bebidas azucaradas

PEDS: FORMULARIO PARA RESPUESTAS (SPANISH)

Provider _____

Nombre del niño _____ Nombre del padre _____

Fecha de Nacimiento del niño/a _____ Edad _____ Fecha _____

Por favor díganos si le preocupa algo de la manera en que su hijo/a está aprendiendo, se desarrolla o se comporta.

¿Le preocupa cómo su hijo/a habla y forma los sonidos?

Marque uno: No Sí Un poco COMENTARIOS:

¿Le preocupa cómo su hijo/a entiende lo que le dicen?

Marque uno: No Sí Un poco COMENTARIOS:

¿Le preocupa cómo su hijo/a usa las manos y dedos para hacer las cosas?

Marque uno: No Sí Un poco COMENTARIOS:

¿Le preocupa cómo su hijo/a usa las piernas y las brazos para hacer las cosas?

Marque uno: No Sí Un poco COMENTARIOS:

¿Le preocupa cómo su hijo/a se comporta?

Marque uno: No Sí Un poco COMENTARIOS:

¿Le preocupa cómo su hijo/a se relaciona con otras personas?

Marque uno: No Sí Un poco COMENTARIOS:

¿Le preocupa cómo su hijo/a esta está aprendiendo a hacer cosas por sí mismo/a?

Marque uno: No Sí Un poco COMENTARIOS:

¿Le preocupa cómo su hijo/a está desarrollando sus habilidades escolares o preescolares?

Marque uno: No Sí Un poco COMENTARIOS:

¿Le preocupa algo más acerca de su niño/a? Por favor díganos.