

Nombre del Niño _____ Edad del Niño _____ Fecha _____

Persona que completa el formulario _____ Relación con el paciente _____

¿Su hijo ha padecido alguna enfermedad, hospitalización o cirugía desde su última visita? (SI) (NO)

| Nutrición: | Si | No |
|--|-----------|-----------|
| ¿Su hijo está bebiendo leche entera, con un máximo de 20 onzas por día? | () | () |
| ¿Su hijo ya ha dejado el biberón? | () | () |
| ¿El jugo o las bebidas azucarados están limitadas a 0 o 1 porción por día? | () | () |
| ¿Su hijo come una variedad de frutas/vegetales/leche/carne? | () | () |
| ¿Su hijo toma regularmente un suplemento que contenga vitamina D? | () | () |
| En promedio, ¿su hijo come comida rápida una o más veces por semana? | () | () |

| Historial Familiar y Social: | Si | No |
|---|-----------|-----------|
| ¿Existe alguna enfermedad importante en la familia que desconozcamos? | () | () |
| ¿Existe algún factor de estrés importante en la familia (enfermedad, mudanzas, muerte, separación)? | () | () |

| Factores Preventivos de Salud/Riesgo: | Si | No |
|--|-----------|-----------|
| ¿Cuántas horas de televisión o video tiene su hijo permitidas por día? _____ | () | () |
| ¿Su hijo siempre anda en un asiento para coche, en el asiento trasero, mirando hacia atrás? | () | () |
| ¿Usted, alguien que cuida de su hijo, o alguien en su casa fuma? | () | () |
| ¿Disfruta su hijo al menos una hora de juego activo por día? | () | () |
| ¿Su calentador de agua está ajustado a menos de 120 grados? | () | () |
| ¿Su hijo ha tenido contacto cercano con alguna persona que sufra de tuberculosis (TB), o que esté en alto riesgo de tuberculosis (personas provenientes de África, Asia, América Latina, países del Caribe, cárcel, usuario de drogas IV, VIH positivo)? | () | () |

| Salud bucal: | Si | No |
|--|-----------|-----------|
| ¿Ya encontró un dentista para su hijo? | () | () |

| Salud Conductual/Mental: | Si | No |
|--|-----------|-----------|
| ¿Su hijo tiene una rutina de sueño regular? | () | () |
| ¿Su hijo duerme bien, sin roncar? | () | () |
| ¿Le preocupa cómo su hijo está aprendiendo, desarrollándose y comportándose? | () | () |
| ¿Está usted interesado/a en inscribir a su hijo en la guardería? | () | () |
| • En caso afirmativo, ¿necesita ayuda para encontrar un programa adecuado? | () | () |

Vigilancia del desarrollo:

| Desarrollo Social/Emocional: | Si | No |
|---|-----------|-----------|
| ¿Su hijo ayuda en la casa? | () | () |
| ¿Su hijo se ríe en respuesta a los demás? | () | () |

| Desarrollo comunicativo: | Si | No |
|---------------------------------|-----------|-----------|
| ¿Su hijo pronuncia 6 palabras? | () | () |

| Desarrollo Cognitivo: | Si | No |
|---|-----------|-----------|
| ¿Su hijo sabe el nombre de su libro favorito? | () | () |
| ¿Su hijo sabe identificar 1 parte del cuerpo? | () | () |

| Desarrollo Físico: | Si | No |
|--|-----------|-----------|
| ¿Su hijo apila 2 bloques pequeños uno encima del otro? | () | () |
| ¿Su hijo corre? | () | () |
| ¿Su hijo sube escalones? | () | () |
| ¿Su hijo utiliza cuchara y taza? | () | () |

| Otro: | Si | No |
|---|-----------|-----------|
| ¿Su hijo juega juegos de ficción? | () | () |
| ¿Su hijo le trae objetos para mostrarle? | () | () |
| ¿Su hijo hace buen contacto visual? | () | () |
| ¿Su hijo vuelve a ver hacia dónde usted apunta? | () | () |
| ¿Su hijo demuestra interés en otros niños? | () | () |

Lista de Verificación Modificada para el Autismo en Niños Pequeños, Revisada con Seguimiento (M-CHAT-R/F)

Nombre: _____

Edad: _____

Fecha: _____

Persona que completa el formulario: _____ Relación con el paciente: _____

Por favor, responda estas preguntas acerca de su hijo. Tome en cuenta cómo se comporta generalmente su hijo. Si usted ha visto que su hijo ha mostrado este comportamiento un par de veces, pero él o ella no lo hace por lo general, entonces por favor responda **no**. Por favor, marque **sí** o **no** para cada pregunta.

Si **No**

| | | |
|--|-----|-----|
| 1. Si usted señala algo al otro lado de la habitación, ¿su hijo mira hacia donde usted señala? (POR EJEMPLO , si usted apunta a un juguete o un animal, ¿su hijo mira el juguete o el animal?) | () | () |
| 2. ¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo podría ser sordo? | () | () |
| 3. ¿Su hijo juega juegos de ficción o de simulación? (POR EJEMPLO , fingir beber de una taza vacía, fingir hablar por teléfono, o fingir alimentar a una muñeca o a un animal de peluche?) | () | () |
| 4. ¿A su hijo le gusta subirse en las cosas? (POR EJEMPLO , muebles, juegos infantiles o escaleras) | () | () |
| 5. ¿Su hijo hace movimientos inusuales con sus dedos cerca de sus ojos? (POR EJEMPLO , ¿su hijo agita sus dedos cerca de sus ojos?) | () | () |
| 6. ¿Su hijo señala con el dedo para pedir algo o para obtener ayuda? (POR EJEMPLO , señalar un refrigerio o juguete que está fuera de su alcance) | () | () |
| 7. ¿Su hijo señala con el dedo para mostrarle algo interesante? (POR EJEMPLO , señalar un avión en el cielo o un camión grande en la carretera) | () | () |
| 8. ¿Su hijo se interesa en otros niños? (POR EJEMPLO , ¿su hijo ve a otros niños, les sonríe o va hacia ellos?) | () | () |
| 9. ¿Su hijo le muestra cosas llevándoselas o sosteniéndolas para que usted las vea – no para pedir ayuda, pero sólo para compartir? (POR EJEMPLO , le muestra una flor, un animal de peluche o un camión de juguete) | () | () |
| 10. ¿Su hijo responde cuando usted lo llama por su nombre? (POR EJEMPLO , ¿vuelve a ver, responde o balbucear, o deja de hacer lo que está haciendo cuando usted lo llama por su nombre?) | () | () |
| 11. Cuando usted le sonríe a su hijo, ¿él/ella le sonríe de vuelta? | () | () |
| 12. ¿Su hijo se molesta a causa de los ruidos cotidianos? (POR EJEMPLO , ¿su hijo grita o llora al escuchar un ruido como el de una aspiradora o música fuerte?) | () | () |
| 13. ¿Su hijo camina? | () | () |
| 14. ¿Su hijo lo mira a los ojos cuando usted está hablando con él o ella, jugando con él o ella, o vistiéndolo/a? | () | () |
| 15. ¿Su hijo trata de copiar lo que usted hace? (POR EJEMPLO , despedirse moviendo la mano, aplaudir o hacer un ruido divertido cuando usted lo hace) | () | () |
| 16. Si gira la cabeza para ver algo, ¿su hijo mira a su alrededor para ver lo que usted está mirando? | () | () |
| 17. ¿Su hijo busca que usted lo cuide? (POR EJEMPLO , ¿su hijo lo busca para que lo elogie, o dice "mira" o "mírame"?) | () | () |
| 18. ¿Su hijo entiende cuando usted le dice que haga algo? (POR EJEMPLO , aunque usted no lo señale, ¿su hijo entiende expresiones como "poner el libro en la silla" o "traerme la manta"?) | () | () |
| 19. Si sucede algo nuevo, ¿su hijo mira su cara para ver cómo se siente usted al respecto? (POR EJEMPLO , si oye un ruido extraño o divertido, o ve un juguete nuevo, ¿lo/a mira a la cara?) | () | () |
| 20. ¿A su hijo le gustan las actividades de movimiento? (POR EJEMPLO , girar o balancearse en su rodilla) | () | () |