



Nombre: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_  
Relacion con paciente: \_\_\_\_\_

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?<br>( <b>POR EJEMPLO</b> ¿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? ( <b>POR EJEMPLO</b> 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?<br>( <b>POR EJEMPLO</b> muebles, escaleras o juegos infantiles)  | Sí | No |
| 5. ¿Su hijo/a hace movimientos inusuales con los dedos cerca de sus ojos?<br>( <b>POR EJEMPLO</b> ¿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?<br>( <b>POR EJEMPLO</b> 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?<br>( <b>POR EJEMPLO</b> señala un avión en el cielo o un camión grande en el camino)  | Sí | No |
| 8. ¿Su hijo/a muestra interés en otros niños?<br>( <b>POR EJEMPLO</b> ¿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?<br>( <b>POR EJEMPLO</b> 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?<br>( <b>POR EJEMPLO</b> ¿Cuando 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?<br>( <b>POR EJEMPLO</b> ¿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? ( <b>POR EJEMPLO</b> 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? ( <b>POR EJEMPLO</b> ¿Busca que usted lo/la halague, o dice "mirame"?)  | Sí | No |
| 18. ¿Su hijo/a le entiende cuando usted le dice que haga algo?<br>( <b>POR EJEMPLO</b> ¿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?<br>( <b>POR EJEMPLO</b> ¿Si oye un ruido extraño o ve un juguete nuevo, se voltearía a ver su cara?)                                    | Sí | No |
| 20. ¿A su hijo/a le gustan las actividades con movimiento?<br>( <b>POR EJEMPLO</b> Le gusta que lo mezan/columpien, o que lo haga saltar en sus rodillas)   | Sí | No |