

M-CHAT

Please fill out the following about how your child usually is. Please try to answer every question. If the behavior is rare (e.g. you've seen it once or twice), please answer as if the child does not do it.

- | | | |
|--|-----|----|
| 1. <u>Does your</u> child enjoy being swung, bounced on your knee, etc.? | Yes | No |
| 2. Does your child take an interest in other children? | Yes | No |
| 3. Does your child like climbing on things, such as up stairs? | Yes | No |
| 4. Does your child enjoy playing peek-a-boo/hide-and-seek? | Yes | No |
| 5. Does your child ever pretend, for example, to talk on the phone or take care of a doll or pretend other things? | Yes | No |
| 6. Does your child ever use his/her index finger to point, to ask for something? | Yes | No |
| 7. Does your child ever use his/her index finger to point, to indicate interest in something? | Yes | No |
| 8. Can your child play properly with small toys (e.g. cars or blocks) without just mouthing, fiddling, or dropping them? | Yes | No |
| 9. Does your child ever bring objects over to you (parent) to show you something? | Yes | No |
| 10. Does your child look you in the eye for more than a second or two? | Yes | No |
| 11. Does your child ever seem oversensitive to noise? (e.g., plugging ears). | Yes | No |
| 12. Does your child smile in response to your face or your smile? | Yes | No |
| 13. Does your child imitate you? (e.g., you make a face-will your child imitate it?) | Yes | No |
| 14. Does your child respond to his/her name when you call? | Yes | No |
| 15. If you point at a toy across the room, does your child look at it? | Yes | No |
| 16. Does your child walk? | Yes | No |
| 17. Does your child look at things you are looking at? | Yes | No |
| 18. Does your child make unusual finger movements near his/her face? | Yes | No |
| 19. Does your child try to attract your attention to his/her own activity? | Yes | No |
| 20. Have you ever wondered if your child is deaf? | Yes | No |
| 21. Does your child understand what people say? | Yes | No |
| 22. <u>Does your</u> child sometimes stare at nothing or wander with no purpose? | Yes | No |
| 23. Does your child look at your face to check your reaction when faced with something unfamiliar? | Yes | No |

Patient Name _____ DOB _____ Date _____

MA/NURSE _____ All Normal _____
 Non Critical _____
 Critical _____

SKAGIT PEDIATRICS

M-CHAT

Favor de completar lo siguiente sobre como es su hijo(a) usualmente. Favor de contestar todas las preguntas. Si el comportamiento es raro (ejemplo: si lo ha visto una o dos veces), favor de contestar que no lo ha hecho.

- | | | |
|---|----------|----|
| 1. ¿A su hijo(a) le gusta columpiar o rebotar en sus piernas, etc.? | SI | NO |
| 2. ¿Su hijo(a) le toma interés a otros niños? | SI | NO |
| 3. ¿A su hijo(a) le gusta escalar en cosas, como las escaleras? | SI | NO |
| 4. ¿A su hijo(a) le gusta jugar escondite/o a las escondidas? | SI | NO |
| 5. ¿A su hijo le gusta pretender, por ejemplo, hablar por teléfono o cuidar una muñeca o pretender otras cosas? | SI | NO |
| 6. ¿Su hijo(a) usa su dedo índice para apuntar, o para pedir algo? | SI | NO |
| 7. ¿Su hijo(a) usa su dedo índice para apuntar, o para indicar interés en algo? | SI | NO |
| 8. ¿Su hijo(a) puede jugar apropiadamente con juguetes pequeños (ejemplo: carros o bloques) sin que se los meta a la boca, jugueteo o que se le caigan? | SI | NO |
| 9. ¿Su hijo(a) le lleva objetos a usted (padre/madre) para mostrarle algo? | SI | NO |
| 10. ¿Su hijo(a) lo mira a los ojos por un segundo o más? | SI | NO |
| 11. ¿Su hijo(a) parece ser sobre sensible a ruidos? (eje: se tapa los oídos)? | SI | NO |
| 12. ¿Su hijo(a) sonríe en respuesta a su cara o su sonrisa? | SI | NO |
| 13. ¿Su hijo(a) lo imita? (eje: si hace una cara-lo imita su hijo(a)? | SI | NO |
| 14. ¿Su hijo(a) responde cuando le llama por su nombre? | SI | NO |
| 15. ¿Si usted apunta a un juguete al otro lado del cuarto, su hijo(a) lo mira? | SI | NO |
| 16. ¿Su hijo(a) camina? | SI | NO |
| 17. ¿Su hijo(a) mira cosas que usted mira? | SI | NO |
| 18. ¿Su hijo(a) hace movimientos raros con sus dedos cerca de su cara? | SI | NO |
| 19. ¿Su hijo(a) trata de llamar su atención de sus propias actividades? | SI | NO |
| 20. ¿Usted se ha preguntado si su hijo(a) estará sordo(a)? | SI | NO |
| 21. ¿Su hijo(a) entiende lo que dice la gente? | SI | NO |
| 22. ¿Su hijo(a) mira fijamente a nada o vaga sin ningún propósito? | SI | NO |
| 23. ¿Su hijo(a) lo mira a la cara para mirar su reacción cuando se encuentra con algo no familiar? | SI | NO |

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ Fecha _____

NURSE/MA _____ All Normal _____
 Non Critical _____
 Critical _____

SKAGIT PEDIATRICS, LLP*2101 Little Mountain Ln*Mount Vernon, WA 98274*(360) 428-2622* Fax (360) 428-3941

(M-CHAT)