

**CUESTIONARIO MODIFICADO PARA EL AUTISMO EN LO NINOS**

**(M-CHAT/ES)**

**18, 20 y 30 meses de edad**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ **MRN** \_\_\_\_\_

Seleccione, rodeando con un círculo, la respuesta que le parece que refleja mejor cómo su hijo o hija actúa NORMALMENTE. Si el comportamiento no es el habitual (por ejemplo, usted solamente se lo ha visto hacer una o dos veces) conteste que el niño o niña NO lo hace. Por favor, conteste a todas las preguntas.	<b>Sí</b>	<b>No</b>
1. ¿Le gusta que le balanceen, o que el adulto le haga el “caballito” sentándole en sus rodillas, etc.?		
2. ¿Muestra interés por otros niños o niñas?		
3. ¿Le gusta subirse a sitios como, por ejemplo, sillones, escalones, juegos del parque...?		
4. ¿Le gusta que el adulto juegue con él o ella al “cucú-tras” (taparse los ojos y luego descubrirlos; jugar a esconderse y aparecer de repente)		
5. ¿Alguna vez hace juegos imaginativos, por ejemplo haciendo como si hablara por teléfono, como si estuviera dando de comer a una muñeca, como si estuviera conduciendo un coche o cosas así?		
6. ¿Suele señalar con el dedo para pedir algo?		
7. ¿Suele señalar con el dedo para indicar que algo le llama la atención?		
8. ¿Puede jugar adecuadamente con piezas o juguetes pequeños (por ejemplo cochecitos, muñequitos o bloques de construcción) sin únicamente chuparlos, agitarlos o tirarlos?		
9. ¿Suele traerle objetos para enseñárselos?		
10. ¿Suele mirarle a los ojos durante unos segundos?		
11. ¿Le parece demasiado sensible a ruidos poco intensos? (por ejemplo, reacciona tapándose los oídos, etc.)		
12. ¿Sonríe al verle a usted o cuando usted le sonríe?		
13. ¿Puede imitar o repetir gestos o acciones que usted hace? (por ejemplo, si usted hace una mueca él o ella también la hace)		
14. ¿Responde cuando se le llama por su nombre?		
15. Si usted señala con el dedo un juguete al otro lado de la habitación... ¿Dirige su hijo o hija la mirada hacia ese juguete?		
16. ¿Ha aprendido ya a andar?		
17. Si usted está mirando algo atentamente, ¿su hijo o hija se pone también a mirarlo?		
18. ¿Hace su hijo o hija movimientos raros con los dedos, por ejemplo, acercárselos a los ojos?		
19. ¿Intenta que usted preste atención a las actividades que él o ella está haciendo?		
20. ¿Alguna vez ha pensado que su hijo o hija podría tener sordera?		
21. ¿Entiende su hijo o hija lo que la gente dice?		
22. ¿Se queda a veces mirando al vacío o va de un lado al otro sin propósito?		
23. Si su hijo o hija tiene que enfrentarse a una situación desconocida, ¿le mira primero a usted a la cara para saber cómo reaccionar?		

Vea el otro lado ----->

## **CUESTIONARIO DE TUBERCULOSIS**

<b>El siguiente ha sido preparado para identificar los niños que necesitan el examen de tuberculosis (TB). Pedimos que cada madre/padre responda a las preguntas siguientes.</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
1. Ha estado el niño(a) expuesto(a) a una persona que usted sospeche que tenga tuberculosis?		
2. Ha estado el niño(a) expuesto(a) a una persona que usted considere de alto riesgo de tener tuberculosis, i.e.. Infectado del SIDA, sin casa, habitantes de una residencia de ancianos, adolescentes o adultos encarcelados o institucionalizados, personas que usen drogas ilícitas, o campesinos inmigrantes?		
3. Ha vivido el niño(a) en una parte del mundo que se considere epidémica para la tuberculosis, i.e.. África, América del Sur o América Central, el Caribe ( menos Puerto Rico), Asia, Medio Oriente, o Europa del este?		
4. Tiene el niño(a) un padre que emigró de un país de alto riesgo ( como arriba) o contacto en la casa con una persona de un país de alto riesgo?		
5. Tiene el niño(a) historia de viaje a un país de alto riesgo?		

## **CUESTIONARIO SOBRE EL PLOMO PARA NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS DE EDAD**

<b>En un esfuerzo para reducir el número de pruebas de sangre para tiempos de intoxicación por plomo que tienen ser hechas a su hijo, las siguientes preguntas han sido establecidas para identificar a los niños en alto riesgo.</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
1. ¿Su hijo vive en viviendas construidas antes de 1978, que contiene la pintura en malas condición, es decir, pelar, picar o descascarada o rota, o yeso que se desmenuza?		
2. ¿Vive su hijo cerca de las plantas de procesamiento de plomo o tienen padres u otros miembros del hogar que trabajan en una ocupación relacionada con el plomo o tener un pasatiempo relacionado con el plomo?		
3. ¿Su niño tiene hermanos, compañeros de casa o compañeros de juego que tienen intoxicación por plomo?		
4. ¿Su hijo vive en una vivienda construida antes de que está en proceso de renovación que pueda alterar las superficies pintadas?		