

# M-CHAT Questionnaire

Patient's name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Chart #: \_\_\_\_\_

Caregiver name (who is completing this form): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

*Please answer these questions about your child. Keep in mind how your child USUALLY behaves. If you have seen your child do the behavior a few times, but he or she does not usually do it, then answer no. Please circle yes OR no for every question.*

*Thank you very much.*

	<i>Please circle only <b>ONE</b></i>	
1. If you point at something across the room, does your child look at it?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
2. Have you ever wondered if your child might be deaf?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
3. Does your child play pretend or make-believe?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
4. Does your child like climbing on things?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
5. Does your child make <u>unusual</u> finger movements near his or her eye?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
6. Does your child point with one finger to ask for something or to get help?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
7. Does your child point with one finger to show you something interesting?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
8. Is your child interested in other children?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
9. Does your child show you things by bringing them to you or holding them up for you to see - not to get help, but just to share?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
10. Does your child respond when you call his or her name?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
11. When you smile at your child, does he or she smile back at you?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
12. Does your child get upset by everyday noises?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
13. Does your child walk?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
14. Does your child look you in the eye when you are talking to him or her?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
15. Does your child try to copy what you do?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
16. If you turn your head to look at something, does your child look around to see what you are looking at?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
17. Does your child try to get you to watch him or her?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
18. Does your child understand when you tell him or her to do something?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
19. If something new happens, does your child look at your face to see how you feel about it?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
20. Does your child like movement activities?	<b>YES</b>	<b>NO</b>

# M-CHAT Questionnaire

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Chart #: \_\_\_\_\_

Nombre del cuidador (¿Quién está completando este formulario?): \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

*Por favor, responda estas preguntas sobre su hijo. Tenga en cuenta cómo se comporta USUALMENTE su hijo. Si ha visto a su hijo hacer el comportamiento varias veces, pero no suele hacerlo, entonces responda no. Por favor, circule en sí Q no para cada pregunta. Muchas gracias.*

**Por favor, encierre  
en un círculo solo  
UNO**

1. Si señala algo al otro lado de la habitación, ¿su hijo lo mira?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
2. ¿Alguna vez te has preguntado si tu hijo podría ser sordo?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
3. ¿Su hijo juega a fingir o juegos de fantasía?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
4. ¿A tu hijo le gusta subirse a las cosas?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
5. ¿Su hijo hace movimientos inusuales con los dedos cerca del ojo?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
6. ¿Su hijo señala con un dedo para pedir algo o para pedir ayuda?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
7. ¿Su hijo señala con un dedo para mostrarle algo interesante?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
8. ¿Su hijo está interesado en otros niños?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
9. ¿Su hijo le muestra cosas trayéndoselas o sosteniéndolas para que usted las vea, no para obtener ayuda, sino simplemente para compartirlas?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
10. ¿Su hijo responde cuando usted lo llama por su nombre?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
11. When you smile at your child, does he or she smile back at you?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
12. Cuando usted le sonrío a su hijo, ¿él o ella le devuelve la sonrisa a usted?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
13. ¿Su hijo camina?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
14. ¿Su hijo le mira a los ojos cuando le habla?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
15. ¿Su hijo trata de copiar lo que usted hace?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
16. Si gira la cabeza para mirar algo, ¿su hijo mira a su alrededor para ver lo que usted está mirando?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
17. ¿Su hijo intenta que usted lo vigile?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
18. ¿Entiende su hijo cuando usted le dice que haga algo?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
19. Si sucede algo nuevo, ¿su hijo le mira a la cara para ver cómo se siente al respecto?	<b>YES</b>	<b>NO</b>
20. ¿A su hijo le gustan las actividades de movimiento?	<b>YES</b>	<b>NO</b>