

## Q-CHAT

Por favor responda las siguientes preguntas acerca de su hijo/a marcando con una cruz el círculo **más** apropiado. Si puede, intente contestar **TODAS** las preguntas.

1. ¿La/Lo mira su hijo/a cuando Ud. dice su nombre?

- siempre
- habitualmente
- a veces
- raramente
- nunca



2. ¿Cuán fácil le resulta establecer contacto visual con su hijo/a?

- muy fácil
- bastante fácil
- bastante difícil
- muy difícil
- imposible



3. Cuando su hijo/a está jugando solo/a, ¿alinea objetos?

- siempre
- habitualmente
- a veces
- raramente
- nunca



4. ¿Pueden otras personas entender fácilmente a su hijo/a cuando habla?

- siempre
- habitualmente
- a veces
- raramente
- nunca
- mi hijo/a no habla



5. ¿Señala su hijo/a para indicar que quiere algo (por ej: un juguete que está fuera de su alcance)?

- varias veces por día
- algunas veces por día
- algunas veces por semana
- menos de una vez por semana
- nunca



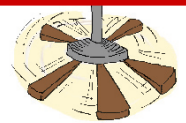
6. ¿Señala su hijo/a para compartir un interés con Ud (por ej: señalar hacia algo interesante que vio)?

- muchas veces por día
- algunas veces por día
- algunas veces por semana
- menos de una vez por semana
- nunca



7. ¿Cuánto tiempo puede un objeto giratorio mantener el interés de su hijo/a (por ej: lavarropas, ventilador, ruedas de autitos)?

- varias horas
- media hora
- diez minutos
- un par de minutos
- menos de un minuto



8. ¿Cuántas palabras puede decir su hijo/a?

- ninguna—no ha comenzado a hablar todavía
- menos de 10 palabras
- 10-50 palabras
- 51-100 palabras
- más de 100 palabras



9. ¿Su hijo/a juega a "hacer como si" (por ej: cuidar muñecas, hablar en un teléfono de juguete)?

- muchas veces por día
- algunas veces por día
- algunas veces por semana
- menos de una vez por semana
- nunca



10. ¿Su hijo/a mira hacia dónde Ud está mirando?

- muchas veces por día
- algunas veces por día
- algunas veces por semana
- menos de una vez por semana
- nunca



11. ¿Con qué frecuencia su hijo/a huele o lame objetos inusuales?

- muchas veces por día
- algunas veces por día
- algunas veces por semana
- menos de una vez por semana
- nunca



12. ¿Agarra su hijo/a su mano y la pone sobre un objeto cuando quiere que Ud. lo use (por ej: sobre la manija de la puerta cuando quiere que Ud le abra la puerta, o sobre un juguete cuando quiere que Ud lo active)?

- muchas veces por día
- algunas veces por día
- algunas veces por semana
- menos de una vez por semana
- nunca



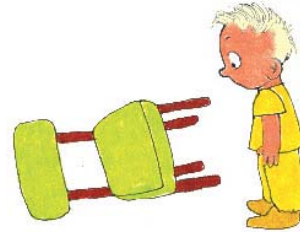
13. ¿Camina su hijo/a en puntas de pie?

- siempre
- habitualmente
- a veces
- raramente
- nunca



14. ¿Cuán fácil le resulta a su hijo/a adaptarse cuando su rutina cambia o cuando las cosas están fuera del lugar habitual?

- muy fácil
- bastante fácil
- bastante difícil
- muy difícil
- imposible



15. ¿Si Ud o alguien más en la familia está visiblemente angustiado/a, muestra su hijo/a signos de querer consolarlo/a (por ej: acariciando el pelo, abrazando)?

- siempre
- habitualmente
- a veces
- raramente
- nunca



16. ¿Hace su hijo/a la misma cosa una y otra vez (por ej: hacer correr el agua de la canilla, prender y apagar la luz, abrir y cerrar puertas)?

- muchas veces por día
- algunas veces por día
- algunas veces por semana
- menos de una vez por semana
- nunca



17. Describiría las primeras palabras de su hijo/a como:

- muy típicas
- bastante típicas
- levemente inusuales
- muy inusuales
- mi hijo/a no habla



18. ¿Repite su hijo/a cosas que escucha (por ej: cosas que Ud dice, frases de canciones o películas, sonidos)?

- muchas veces por día
- algunas veces por día
- algunas veces por semana
- menos de una vez por semana
- nunca



19. ¿Utiliza su hijo/a gestos simples (por ej: saluda con la mano cuando se despide)?

- muchas veces por día
- algunas veces por día
- algunas veces por semana
- menos de una vez por semana
- nunca



20. ¿Realiza su hijo/a movimientos raros con los dedos de la mano cerca de sus ojos?

- muchas veces por día
- algunas veces por día
- algunas veces por semana
- menos de una vez por semana
- nunca



21. Cuando su hijo/a se enfrenta a una situación desconocida, ¿le mira a la cara espontáneamente para comprobar su reacción?

- siempre
- habitualmente
- a veces
- raramente
- nunca



22. ¿Durante cuánto tiempo pueden sólo uno o dos objetos mantener el interés de su hijo/a?

- la mayor parte del día
- varias horas
- media hora
- diez minutos
- un par de minutos



23. ¿Su hijo/a hace girar objetos repetitivamente (por ej: un pedacito de hilo)?

- muchas veces por día
- algunas veces por día
- algunas veces por semana
- menos de una vez por semana
- nunca



24. ¿Parece su hijo/a ser hipersensible al ruido?

- siempre
- habitualmente
- a veces
- raramente
- nunca



25. ¿Su hijo/a es de mirar fijo a la nada sin un propósito aparente?

- muchas veces por día
- algunas veces por día
- algunas veces por semana
- menos de una vez por semana
- nunca



**26a.** ¿Alguna vez Ud u otra persona han referido algún tipo de preocupación por el desarrollo de su hijo/a? (por favor, redondee)

**Sí**

**No**

**26b.** En caso de ser afirmativo, por favor especifique debajo:

**26c.** En caso afirmativo, ¿quién fue la primera persona que mencionó algún tipo de preocupación por su hijo/a?

- padre o madre
- otro miembro de la familia/amigo
- maestra
- pediatra
- otro profesional de la salud

**26d.** En caso afirmativo, ¿qué edad tenía su hijo/a cuando surgió la primera preocupación?

Meses

**26e.** ¿Su hijo/a alguna vez fue derivado por su pediatra por presentar algún tipo de problema médico o del desarrollo (por ej: retraso en el lenguaje, retraso en el desarrollo, problemas en la vista, autismo, problemas para escuchar)? (por favor redondee)

**Sí**

**No**

**26f.** En caso afirmativo, por favor especifique debajo: