

## Cuestionario (Parent Questionnaire)

Nombre del niño (a): \_\_\_\_\_ Fecha del Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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.

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Le gusta que le balanceen, o que el adulto le haga el "caballito" sentándole en sus rodillas, etc.?  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 2. ¿Muestra interés por otros niños o niñas?   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 3. ¿Le gusta subirse a sitios como, por ejemplo, sillones, escalones, juegos del parque...?  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 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)?  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 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? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 6. ¿Suele señalar con el dedo para pedir algo?   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 7. ¿Suele señalar con el dedo para indicar que algo le llama la atención?  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 8. ¿Puede jugar adecuadamente con piezas o juguetes pequeños (por ejemplo cochecitos, muñequitos o bloques de construcción) sin únicamente chuparlos, agitarlos o tirarlos?                    | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 9. ¿Suele traerle objetos para enseñárselos?   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 10. ¿Suele mirarle a los ojos durante unos segundos?   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 11. ¿Le parece demasiado sensible a ruidos poco intensos? (por ejemplo, reacciona tapándose los oídos, etc.)   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 12. ¿Sonríe al verle a usted o cuando usted le sonrío?   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 13. ¿Puede imitar o repetir gestos o acciones que usted hace? (por ejemplo, si usted hace una mueca él o ella también la hace)   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 14. ¿Responde cuando se le llama por su nombre?  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 15. Si usted señala con el dedo un juguete al otro lado de la habitación...<br>¿Dirige su hijo o hija la mirada hacia ese juguete?   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 16. ¿Ha aprendido ya a andar?  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 17. Si usted está mirando algo atentamente, ¿su hijo o hija se pone también a mirarlo?   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 18. ¿Hace su hijo o hija movimientos raros con los dedos, por ejemplo, acercándose a los ojos?   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 19. ¿Intenta que usted preste atención a las actividades que él o ella está haciendo?  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 20. ¿Alguna vez ha pensado que su hijo o hija podría tener sordera?  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 21. ¿Entiende su hijo o hija lo que la gente dice?   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 22. ¿Se queda a veces mirando al vacío o va de un lado al otro sin propósito?  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 23. ¿Si su hijo o hija tiene que enfrentarse a una situación desconocida,<br>¿le mira primero a usted a la cara para saber cómo reaccionar?  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

Responses in Red	<input type="text"/>
Responses in <i>both</i> Red and Blue	<input type="text"/>
For Office Use Only	