

CHAT (CHECKLIST for Autism in Toddlers)

LCAN (Lista de Comprobación para el Autismo en Niños)

Debe ser llenada en la visita de los 18 meses

Nombre de paciente : _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número del informe Médico: _____ Fecha de hoy: _____

Sección A: Debe ser llenado por un padre

1. A su nu niño le gusta que lo columpien, rebotar en su rodilla, etc?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2. Su niño muestra interes en otros niños?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3. A su niño le gusta subir en cosas, como escaleras?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4. A su niño le gusta jugar al mira y escondete/ escondete y busca?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
5. Su niño algunas veces se imagina, por ejemplo aser una taza de té usando una taza y tetera de jugar o imajinar otras cocas?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
6. Su niño alguna vez usa su dedo índice para señalar, par pedir algo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
7. Su niño alguna vez usa su dedo índice para señalar, para indicar INTERES en algo.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
8. Su niño puede jugar apropiadamente con jugetes pequeños (e.g. carros o ladrillos) sin meterselos en la boca, jugarlos, o dejarlos caer?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
9. Su niño alguna vez le trae objetos para usted (padre) para DEMOSTRARLE algo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Sección B: Doctor general o visitante observación de la salud

1. Durante la cita, el niño ah echo contacto de ojos con usted?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2. Tome la atención del niño, luego apunte al otro lado del cuarto a algo interesante y diga, ‘ o mira! hay esta (nombre de un juguete) Mire la cara del niño. El niño se fija al otro lado del cuarto para ver ah que esta apuntando?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3. Tome la atención del niño, y dele al niño una taza miniatura de te y tetera y diga ‘me puedes aser una taza de te?’ El niñe finga echar te en la taza y beberse, etc?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4. Digale al niño ‘ donde esta la luz?’, o ‘enseñame la luz’. el niño apunta con su dedo indice a la luz?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
5. Puede el niño edificar una torre de ladrillos. (si puede, Cuantos _____)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

B2: Para registrar Sí en este artículo, asegure que el niño no simplemente mira su mano pero que actualmente esta mirando al objeto que usted le esta apuntando.

B3: Sí usted puede ilícitar un fingimiento en otro juego, anote un Sí en este artículo.

B4: Repita esto con “ donde esta el osito? O otro objeto que esta afuera de su alcance, Sí el niño no entiende la palabra luz. Para registrar Sí en este artículo, el niño tiene que ver visto haci a tu cara al tiempo que usted apunto.

(Vea al dorso para las recomendaciones que anotan)

Artículos dominantes de LKAN Sección A

A5: Fingir jugar

A7: El señalar protodeclarativo

Sección B

B2: Seguiendo un punto

B3: Fingimiento

B4: Producir un punto

LCAN Artículos no-dominantes Sección A

A1: Jugar áspero y caerse

A2: Intereses social

A3: Desarrollo de motor

A4: Juego social

A6: El señalar protoimperativo

A8: juego fucional

A9: Demostrando

Sección B

B1: Contacto Visual

B2: Torre de ladrillos

Asignación del riesgo

De riesgo alto para el grupo del autismo	Fallar (ninguna respuesta) A5,A7,B2,B3,B4
Riesgo medio para el grupo del autismo	Fallar A7,B4 (pero no en el grupo de alto riesgo)
Riesgo bajo para el grupo del autismo	No esta en otros grupos de riesgo

Recomendaciones de Manejo:

Grupo de alto riesgo

Refirir a la clínica de desarrollo así como DSE
(Departamento de Servicios Educativos)

Grupo de riesgo medio:

Alta suspicacia-Se refiere como arriba
Baja suspicacia-Volver a probar en un mes

Grupo de bajo riesgo:

Si no hay NINGUNA respuesta, Volver a probar en un mes