

Inventario de Síntomas de Autismo para Niños Pequeños [Toddler Autism Symptom Inventory (TASI)]

Identificación del niño/a: _____
Edad cronológica: _____
Si fue prematuro/a, semanas de gestación al nacer: _____
Fecha de nacimiento: _____ Fecha de la entrevista: _____
Relación de la persona entrevistada con el niño/a: _____
Nombre de la persona que realiza la entrevista: _____

El TASI está diseñado para determinar la presencia o ausencia de los síntomas del trastorno del espectro autista (TEA) de acuerdo con el DSM-5, basándose en el informe del cuidador. Las preguntas de esta entrevista se utilizarán para obtener información diagnóstica de los cuidadores acerca de los comportamientos y habilidades de los niños en el rango de edad de 1 a 3 años. La información obtenida en esta entrevista debe ser complementada con otras fuentes de información (por ejemplo, con un Historial del desarrollo) y las observaciones de comportamiento para hacer un mejor juicio clínico acerca de los síntomas del TEA para los niños/as pequeños, entre *las edades de 12 meses, 0 días y 36 meses, 30 días*.

Cada pregunta del TASI corresponde a un síntoma de autismo de acuerdo con el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Las preguntas se organizan en secciones basadas en los criterios diagnósticos de DSM-5 y exploran las diferentes maneras en que un niño/a pequeño podría mostrar cada síntoma. Hay un algoritmo de calificación sugerido y una puntuación mínima para el diagnóstico del TEA según el DSM-5. Esto debe combinarse con el juicio clínico para tomar decisiones. Algunas de las preguntas adicionales no se incluyen en el algoritmo de calificación; esta información puede ser utilizada para fines clínicos o para el análisis de datos científicos. Por lo tanto, el clínico debe obtener ejemplos de los comportamientos para asignar la puntuación adecuada a las preguntas incluidas.

Administración general e instrucciones para la calificación del TASI: Para cada punto, el clínico debe hacer la pregunta al cuidador, luego seleccionar una calificación de (0) o (1) según las opciones proporcionadas (p. ej. 0=desarrollo típico, 1=Indicación de TEA). El clínico debe obtener ejemplos del comportamiento infantil para asignar los puntos apropiados. Si el cuidador responde con múltiples opciones, se debe determinar cuál de los comportamientos es más *típico*, y utilizar ese comportamiento para asignar una puntuación. A algunas preguntas (por ejemplo, los puntos 4, 15, 22) no se les asigna una calificación, pero aun así deben ser incluidas en la entrevista. El clínico debe referirse al Manual de Calificación del TASI para las guías generales y específicas de calificación.

Después de completar la entrevista, se debe sumar la columna de calificación en cada página, llenando las casillas numeradas en la parte inferior de cada página. Los valores de estas casillas deben ser transcritos al documento de calificación luego.

En muchas preguntas, los comportamientos son los esperados de cualquier niño/a que ya haya pasado, o este por cumplir, un año (por ejemplo, darse cuenta e imitar las reacciones evidentemente positivas de otros, hacer contacto visual, responder a su nombre al ser llamado/a). Para un niño/a que no muestre estos comportamientos, o que los muestre con poca frecuencia, estas preguntas deben ser calificadas con un (1). En algunos casos, se requiere un nivel de desarrollo más avanzado para que el comportamiento suceda (por ejemplo, juegos imaginarios/simulados, juego activo con otro niño/a, combinar palabras en frases). Si el clínico entiende que el niño/a está funcionando en general a un nivel de desarrollo que le permitiría el demostrar el comportamiento (por ejemplo, juegos imaginarios/simulados simples), entonces la ausencia

de ese comportamiento debe ser calificada como un (1). Pero si el nivel cognitivo y del lenguaje del niño/a se estima está en el rango de 6-9 meses, entonces los juegos imaginarios/simulados no son esperados y por lo tanto no se merecen una calificación de (1). En estos casos "N/A" o "consistente con el nivel de desarrollo" debe ser seleccionado; estas opciones se incluyen para las preguntas relevantes. Si no se incluyen estas opciones, entonces se debe juzgar el comportamiento basándose en la edad cronológica del niño/a.

La entrevista TASI debe utilizarse para obtener el reporte de los padres sobre la conducta del niño/a *durante el último mes*. Ya que este periodo es uno de mucho cambio y desarrollo, algunos de los comportamientos puede que hayan surgido hace poco; la guía del Manual de Calificación del TASI debería seguirse al puntuar y anotar estos comportamientos emergentes.

Para las preguntas acerca de los comportamientos sociales, es importante aclarar la consistencia con la que el niño/a demuestra cada uno de éstos con diferentes personas y en distintos escenarios, y determinar la cantidad de esfuerzo que se necesita por parte del adulto para que el comportamiento ocurra. Si un comportamiento comunicativo o social está en el repertorio del niño/a, pero solo se muestra infrecuentemente, y/o un adulto debe trabajar más duro de lo que se esperaría para que suceda, entonces se califica como "raramente." Una excepción a esta regla es si el niño/a ha dominado la tarea (por ejemplo, marcar con un lápiz sobre papel, diciendo "A-B-C-D-E") pero el niño/a no quiere mostrarle la habilidad a otro adulto por lo que se niega o actúa tímidamente; este es el comportamiento típico de los niño/as pequeños.

Cuando se presentan opciones enumeradas en el formulario, el clínico debe marcar todos los ejemplos reportados por el cuidador, y anotar cualquier ejemplo no incluido en el formulario. Cuando los cuidadores proporcionen un ejemplo de un comportamiento que no esté el formulario, el clínico debe utilizar su juicio para determinar si es indicativo de que el niño/a está adquiriendo la habilidad según lo esperado para su nivel de desarrollo, o está mostrando un síntoma posiblemente indicativo del autismo.

No es necesario hacer las preguntas exactamente como se proporcionan en el texto. Más importante es asegurar que el cuidador entienda la pregunta. Si el comportamiento en cuestión ya ha sido discutido, registre la respuesta y confirme sólo si cree que es necesario. Si el cuidador no entiende la intención de la pregunta, de un ejemplo o reformule la pregunta. Consulte el Manual de Calificación del TASI para asistencia con la calificación y algunos ejemplos.

En muchos casos, entrevistas como esta se llevan a cabo simultáneamente a medida que el niño/a realiza otras pruebas. Por lo tanto, el entrevistador podría observar comportamientos que claramente contradicen el informe del cuidador. Si esto ocurre, discuta la discrepancia con el cuidador, y utilice el informe del cuidador para determinar la puntuación, luego de la discusión. El clínico debe anotar esta discrepancia en el formulario. Dentro de lo posible, los clínicos deben usar el nombre del niño/a en lugar de referirse a él o ella como "su niño/a" y deben usar el pronombre apropiado para su género.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).
Arlington, VA

Este formulario fue traducido por una clínica bilingüe con experiencia en TEA, y fue revisado por dos otros hispanohablantes de diferentes países latinos. Gracias a Paula Moreno, Carlos Marcin, Georgina Perez Liz y Karla Rivera Figueroa por su ayuda generosa traduciendo el TASI al español.

Preguntas introductorias del lenguaje

i. ¿Su niño/a utiliza palabras para comunicarse?

Sí: continuar

No: saltar al punto vi. & vii.

ii. ¿Cuántas palabras diferentes (que son comprensibles para los adultos conocidos) usa su niño/a diariamente para comunicarse? *(Si es necesario, ayude a los cuidadores sugiriendo categorías como personas, alimentos, ropa y animales; Asegúrese de que estas son palabras que el niño/a verbaliza e utiliza, no sólo que parece entender)*

1-5 palabras

6-10 palabras o 11-30 palabras

>30 palabras

Ejemplos: _____

iii. ¿Cuándo su niño/a comenzó a utilizar palabras simples?

1: mayor de 24 meses

0: menor de 24 meses o N/A

iv. ¿Su niño/a utiliza combinaciones de dos palabras (frases) a diario?

1: No

0: Sí o N/A

v. ¿Cuántas frases diferentes (que son comprensibles para los adultos conocidos) utiliza su niño/a para comunicarse? *("mamá se va", "bebé dormir", "más burbujas;" mientras que "más jugo", "más pelota", "más galleta" NO se cuentan como tres frases separadas).*

1-5 frases

6-10 frases o 11-30 frases

>30 frases

Ejemplos: _____

vi. ¿Su niño/a alguna vez hace mímicas o utiliza gestos para comunicarse con usted cuando no sabe la palabra adecuada?

vii. *Clínico: Basándose en las respuestas anteriores y el nivel de desarrollo del niño/a, ¿hay evidencia de anomalías en la comunicación que no se compensan con gestos o imitaciones?*

Sí, hay anomalías

No, el desarrollo del lenguaje parece típico o compensado apropiadamente por gestos u otra comunicación no verbal.

A1. Déficits en reciprocidad socioemocional		
1. Cuando usted le sonrío a su niño/a, ¿cuán a menudo le responde con una sonrisa de vuelta?	<p>A veces/A menudo 0</p> <p>Rara vez/nunca 1</p>	0 / 1
2. Cuando otro adulto o cuidador conocido le sonrío a su niño/a, ¿cuán a menudo le responde con una sonrisa de vuelta?	<p>A veces/A menudo 0</p> <p>Rara vez/nunca 1</p>	0 / 1
3. Si su niño/a ve a otras personas a su alrededor sintiéndose felices (<i>por ejemplo, en una fiesta de cumpleaños</i>), ¿cuán a menudo parece darse cuenta y compartir esos sentimientos (<i>por ejemplo, sonreír, aplaudir, etc.</i>)?	<p>A veces/A menudo 0</p> <p>Rara vez/nunca 1</p>	0 / 1
4. Si su niño/a ve que usted u otro adulto conocido está herido o triste, ¿cómo es <u>más probable</u> que responda?	<p>No se da cuenta Cubre sus orejas Se ríe</p> <p>Mira (al cuidador) pero no responde o parece angustiado</p> <p>Llora Parece angustiado Busca a otro adulto para ayudar</p> <p>Ofrece consuelo (por ejemplo, palmadas/abrazos, obtiene una ayuda de banda, comparte un artículo de consuelo)</p> <p>Viene hacia usted/se le acerca Dice "llorar" o identifica la ansiedad</p> <p>Otro: _____</p>	
5. ¿Cuán a menudo su niño/a responde a su nombre cuando usted lo llama?	<p>A veces/A menudo 0</p> <p>Rara vez/nunca 1</p>	0 / 1
<p>¿Cómo suele responder su niño?</p> <p><input type="checkbox"/> Mira hacia usted cuando usted llama su nombre</p> <p><input type="checkbox"/> Vocaliza cuando usted llama su nombre</p> <p><input type="checkbox"/> Ambos, mira hacia usted y vocaliza cuando llama su nombre</p> <p>Otro: _____</p>		

casilla 1

A2: Déficit en la comunicación no verbal		
11. ¿Cuán a menudo su niño/a lo mira a usted cuando le pide algo o le hace una solicitud? A veces/A menudo 0	Rara vez/nunca 1	0 / 1
12. ¿En algún momento su niño/a intenta hacer que usted vea algo? A veces/A menudo -	Rara vez/nunca 1	0 / 1
Cuando su niño/a está tratando de hacer que usted mire algo, ¿le mira de regreso para asegurarse de que usted esté mirando lo mismo que él/ella? A veces/A menudo 0		
Rara vez/nunca 1		0 / 1
13. ¿Cuán a menudo su niño/a le mira a la cara durante el juego físico (por ejemplo, cuando le hace cosquillas)? A veces/A menudo 0	Rara vez/nunca 1	0 / 1
14. ¿Cuán a menudo su niño/a le mira a la cara durante el juego social (por ejemplo, cuando cantan, cuando participan en rondas infantiles, "¿Dónde está el bebe?")? A veces/A menudo 0	Rara vez/nunca 1	0 / 1
15. ¿Cuáles gestos usa su hijo? <i>(El clínico debe leer las opciones y pedir al cuidador que responda a cada ejemplo. Indique en el formulario todas las opciones que el cuidador describa. Obtenga ejemplos si es necesario.)</i> <input type="checkbox"/> Asentar con la cabeza "sí" <input type="checkbox"/> No hace gestos <input type="checkbox"/> Negar con la cabeza "no" <input type="checkbox"/> Mover la mano "hola" y "adiós" <input type="checkbox"/> Aplaudir con las manos <input type="checkbox"/> Lanzar un beso <input type="checkbox"/> Apuntar/señalar <input type="checkbox"/> Otro: _____		X
16. ¿Cuán a menudo usa su niño/a estos gestos? <i>(Si el niño/a no tiene gestos, califique 1)</i> A veces/A menudo -	Rara vez/nunca 1	0 / 1
¿Cuán a menudo su niño/a lo mira a usted mientras utiliza estos gestos? A veces/A menudo 0		
Rara vez/nunca 1		0 / 1
17. Si usted señala algo y dice, "¡Mira!", ¿cuán a menudo su niño/a mira hacia el objeto señalado? A veces/A menudo 0	Rara vez/nunca 1	0 / 1

casilla 4

A3. Déficit en las relaciones

18. ¿Qué tan seguido su niño/a parece interesarse en otros niños? A veces/A menudo 0 Rara vez/nunca 1	0 / 1
19. Cuando usted está en el patio de recreo o en el parque y hay otros niño/as alrededor, ¿cómo suele jugar su niño/a? <i>(Deje que el cuidador responda, entonces evalúe las opciones relevantes. Marque en el formulario todo a lo que el cuidador reporte, y seleccione la calificación basándose en el comportamiento habitual del niño/a. Obtenga ejemplos si es necesario)</i> 1: <input type="checkbox"/> Ignora a otros niño/as 0: <input type="checkbox"/> El niño/a tiene oportunidades limitadas de jugar con otros niño/as <input type="checkbox"/> El cuidador tiene oportunidades limitadas de observar al niño/a con otros niño/as <input type="checkbox"/> Observa a otros niño/as <input type="checkbox"/> Juega cerca de otros niño/as <i>(quiere estar cerca de ellos, no sólo porque los niño/as tienen un juguete preferido o están haciendo una actividad preferida)</i> <input type="checkbox"/> Sigue a otros niño/as <input type="checkbox"/> Se acerca a otros niño/as Otro: _____	0 / 1
20. Cuando otro niño/a se acerca a su niño/a para jugar, ¿cómo responde <u>usualmente</u> ? <i>(Deje que el cuidador responda, entonces el clínico debe evaluar las opciones relevantes. Indique en el formulario todo a lo que el cuidador refiere y seleccione la calificación para el comportamiento habitual del niño/a. Obtenga ejemplos si es necesario.)</i> 1: <input type="checkbox"/> Ignora al niño/a <input type="checkbox"/> Empuja al niño/a <input type="checkbox"/> Corre hacia el cuidador u otro adulto <input type="checkbox"/> Se aleja del niño/a 0: <input type="checkbox"/> El niño/a tiene oportunidades limitadas de jugar con otros niño/as <input type="checkbox"/> El cuidador tiene oportunidades limitadas de observar al niño/a con otros niño/as <input type="checkbox"/> Participa en el juego (verbal y físico) <input type="checkbox"/> Participa en el juego (solo físico) Otro: _____	0 / 1

casilla 5

<p>21. Cuán a menudo su niño/a imita espontáneamente las acciones de otras personas sin que se le incite verbal o físicamente, si estas son: (use calificación más baja, es decir, la más típica):</p> <p>¿Las acciones de usted?</p> <table border="0"> <tr> <td>A veces/A menudo</td> <td>Rara vez/nunca</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>1</td> </tr> </table> <p>¿Acciones de hermanos u otros niño/as?</p> <table border="0"> <tr> <td>A veces/A menudo</td> <td>Rara vez/nunca</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>1</td> </tr> </table> <p>¿Acciones de otros adultos?</p> <table border="0"> <tr> <td>A veces/A menudo</td> <td>Rara vez/nunca</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>1</td> </tr> </table>	A veces/A menudo	Rara vez/nunca	0	1	A veces/A menudo	Rara vez/nunca	0	1	A veces/A menudo	Rara vez/nunca	0	1	0 / 1
A veces/A menudo	Rara vez/nunca												
0	1												
A veces/A menudo	Rara vez/nunca												
0	1												
A veces/A menudo	Rara vez/nunca												
0	1												
<p>22. ¿Cuán a menudo su niño/a participa en el juego imaginario/simulado (<i>por ejemplo, fingiendo alimentar a una muñeca, fingiendo beber de una taza, fingiendo volar un avión de juguete</i>)?</p> <table border="0"> <tr> <td>A veces/A menudo</td> <td>Rara vez/nunca</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>1</td> </tr> </table> <p>¿Cómo <u>suele hacer</u> esto su hijo?</p> <p><input type="checkbox"/> Finge/simula sólo cuando se muestra un ejemplo o se le solicita de otro modo</p> <p><input type="checkbox"/> Algún juego imaginario/simulado repetitivo (<i>es decir, un pequeño número de escenas de juego recreadas una y otra vez</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Algún juego imaginario/simulado espontáneo, pero sólo lo que se le ha enseñado específicamente</p> <p><input type="checkbox"/> Juego imaginario/simulado apenas ha comenzado, y/o es consistente con el nivel de desarrollo del niño/a.</p> <p><input type="checkbox"/> Juego imaginario/simulado espontáneo y creativo, pero simple</p> <p><input type="checkbox"/> Juego imaginario/simulado espontáneo, creativo, y sofisticado</p> <p>Ejemplo(s) de juegos: _____</p>	A veces/A menudo	Rara vez/nunca	-	1	0 / 1								
A veces/A menudo	Rara vez/nunca												
-	1												
<p>23. Si su niño/a hace juegos imaginarios/simulados, ¿lo hace con otros niño/as, con adultos, o solamente con él/ella mismo(a)?</p> <p>1: <input type="checkbox"/> Aún no juega a juegos imaginarios/simulados</p> <p><input type="checkbox"/> Mayormente solo, con él/ella mismo(a)</p> <p>0: <input type="checkbox"/> N/A; ningún juego imaginario/simulado, pero consistente con el nivel de desarrollo</p> <p><input type="checkbox"/> Participa activamente en juegos imaginarios/simulados con un adulto</p> <p><input type="checkbox"/> Participa activamente en juegos imaginarios/simulados con un hermano</p> <p><input type="checkbox"/> Participa activamente en juegos imaginarios/simulados con otro niño/a (que no sea un hermano)</p> <p>Otro: _____</p>	0 / 1												

casilla 6

B1. Movimientos motores estereotipados/repetitivos, vocalizaciones

B2: Insistencia en la invariancia

<p>32. ¿Su niño/a se angustia si las actividades o conversaciones no se llevan a cabo de la misma manera siempre (<i>por ejemplo, insistir en que un cuidador diga una frase de la misma manera cada vez, angustiarse si el cuidador toma una ruta alterna a casa en el coche, angustiarse por el cambio en la rutina de la guardería</i>)?</p> <p>A veces/A menudo - Rara vez/nunca 0</p> <p>0: Normal para el nivel de desarrollo 1: Inusual para el nivel de desarrollo y/o ligeramente disruptivo 1: Significativamente perjudicial para el niño/a y/o la familia</p>	0 / 1
<p>33. ¿Su niño/a se angustia o se molesta si hay cambios menores en su ambiente inmediato (<i>por ejemplo, ponerle sábanas nuevas a su cama, cambiar de pantalones cortos a pantalones largos en otoño</i>)?</p> <p>A veces/A menudo - Rara vez/nunca 0</p> <p>0: Normal para el nivel de desarrollo 1: Inusual para el nivel de desarrollo y/o ligeramente disruptivo 1: Significativamente perjudicial para el niño/a y/o la familia</p>	0 / 1
<p>34. ¿Su niño/a se angustia o se molesta si se producen cambios menores en su ambiente <u>que no le afectan directamente</u> (<i>por ejemplo, cambiar el color de su sala de estar, un cuidador con un nuevo peinado o gafas nuevas</i>)?</p> <p>A veces/A menudo - Rara vez/nunca 0</p> <p>0: Normal para el nivel de desarrollo 1: Inusual para el nivel de desarrollo y/o ligeramente disruptivo 1: Significativamente perjudicial para el niño/a y/o la familia</p>	0 / 1
<p>35. ¿Su niño/a trata de imponerle sus rutinas o rituales a los demás (<i>por ejemplo, mover los coches de juguete de un hermano para que estén en un patrón específico, requerir que todos los que vienen a su casa que se quiten sus sombreros</i>)?</p> <p>A veces/A menudo - Rara vez/nunca 0</p> <p>0: Normal para el nivel de desarrollo 1: Inusual para el nivel de desarrollo y/o ligeramente disruptivo 1: Significativamente perjudicial para el niño/a y/o la familia</p>	0 / 1

casilla 9

B3. Intereses restringidos y fijos

36. ¿Hay algo en lo que su niño/a esté tan interesado/a que pareciera ser lo único que él/ella quiere hacer? 0 / 1

Sí No
1 - 0

¿Cómo reacciona su niño/a si usted intenta distraerlo o quitarle el objeto que está utilizando?

Intereses moderados, fácil de distraer o no muy ansioso

Intereses fuertes, difícil de distraer o muy ansioso

Describa los intereses: _____

37. ¿A su niño/a le gusta cargar o jugar con cosas atípicas que difieren de la mayoría de los niños de su edad? (por ejemplo, inodoros, luces, objetos giratorios, aspiradoras, alicates, llaves, latas de sopa, cepillos de cabello, etc.)? 0 / 1

Sí No
1 - 0

¿Cómo reacciona su niño/a si usted intenta distraerlo o quitarle el objeto?

Intereses moderados, fácil de distraer, o no muy ansioso

Intereses fuertes, difíciles de distraer o muy ansioso

Describa los intereses: _____

casilla 10

B4: Diferencias sensoriales

38. ¿Su niño/a...?

	Búsqueda sensorial	Hipersensibilidad	Hiposensibilidad
VISUAL	___ mira de lado desde las esquinas de sus ojos (de reojo/con el rabito del ojo) ___ le gusta entrecerrar los ojos ante las cosas ___ mira a lo largo de líneas rectas o líneas de juguetes ___ se recuesta en el suelo para mirar juguetes a nivel de los ojos ___ mira fijamente los créditos cinematográficos ___ se fija intensamente en objetos brillantes u objetos en movimiento como ventiladores, agua, sombras, o luces brillantes ___ cuelga los cordones de zapatos o cuerdas y los observa ___ gira las ruedas de carros de juguete y los observa ___ juega con los ojos o el pelo de las muñecas de juguete _____	___ le disgustan las luces brillantes adentro de los lugares o afuera _____ _____	___ no parece notar las cosas que ve _____ _____
TÁCTIL	___ (repetidamente) toca las cosas con diferentes texturas, como paredes texturizadas, objetos lisos, alfombras, juguetes blandos _____	___ evita tocar las cosas con cierta textura, como las paredes texturizadas, objetos lisos, alfombras, juguetes blandos ___ le disgusta usar cierta ropa (¿cómo se siente la ropa?) ___ le disgusta o se aleja cuando lo abrazan ___ le disgusta ser aseado (por ejemplo, a la hora del baño, que le laven la cara, le recorten las uñas, o le corten o cepillen el pelo) _____	___ no reacciona al tacto ___ reacciona a los estímulos dolorosos menos de lo que se esperaría ___ acepta agua de baño que se podría pensar que es demasiado caliente/fría _____
AUDITIVO	___ juega con los juguetes que hacen sonidos una y otra vez, aparentemente para escuchar ciertos sonidos _____	___ se asusta fácilmente o se cubre sus oídos cuando escucha ciertos sonidos (por ejemplo, jalar del inodoro, aspiradora, bebé llorando) ___ se da cuenta de los sonidos antes que los otros niño/as (por ejemplo, aviones, trenes, sirenas que suenan a lo lejos, goteo del grifo, zumbidos de una lámpara) _____	___ ignora ruidos fuertes (por ejemplo, no reacciona cuando suenan alarmas, la aspiradora, o cuando un objeto grande choca contra el suelo) _____
OLFACTO & GUSTO	___ huele objetos que no están diseñados para ser olidos; huele a la gente ___ introduce demasiada comida en su boca _____	___ se rehúsa a comer ciertos alimentos debido a su textura: _____ ___ vomita o tiene impulsos de vomitar cuando ve/huele ciertos alimentos ___ evita a las personas con cierto olor (por ejemplo, perfume) ___ insiste en que los alimentos estén a cierta temperatura (por ejemplo, siempre calientes, siempre fríos, siempre a temperatura ambiente) _____	_____
SUMA DE LA COLUMNA	_____ : suma Búsqueda Sensorial: Si la suma >0, casilla 11 = 1 Si la suma = 0, casilla 11 = 0	_____ : suma Hipersensibilidad Si la suma >0, casilla 12 = 1 Si la suma = 0, casilla 12 = 0	_____ : suma Hiposensibilidad Si la suma >0, casilla 13 = 1 Si la suma = 0, casilla 13 = 0

Búsqueda sensorial:

casilla 11

Hipersensibilidad:

casilla 12

Hiposensibilidad:

casilla 13

Preguntas de regresión

¿Su niño/a a perdido alguna habilidad que ya había dominado previamente?

Sí

No

¿Cuál(es) habilidad(es) perdió? (Marque todas las que correspondan.)

Habla y lenguaje

Gestos o comunicación no verbal

Contacto visual o interacción social

Habilidades cognitivas (ej., hacer rompecabezas)

Habilidades motoras finas

Habilidades motoras gruesas

Otras: _____

¿La pérdida ocurrió después de una enfermedad u otro evento identificable?

Sí

No

Describir: _____

¿Qué edad tenía el niño/a en el momento en que perdió esta habilidad? _____

¿Por cuánto tiempo el niño/a había dominado estas habilidades antes de perderlas? _____

¿Cuánto tiempo pasó entre la pérdida de la(s) habilidad(es) y su recuperación? _____

¿Cuáles habilidades se perdieron? _____

Si hubo una pérdida del habla o del lenguaje, ¿qué edad tenía antes de perder las habilidades?

Palabras

Ejemplo(s): _____

Frases

Ejemplo(s): _____

Oraciones

Ejemplo(s): _____

Conclusión

¿Hay algo que no le haya preguntado específicamente que le gustaría compartir con nosotros acerca de su niño/a? Tal vez algo que él/ella haga que usted, otros miembros de la familia, amigos, o los proveedores de servicios hayan notado y que les preocupe o desconcierte:

