

MILESTONES

¡Bienvenidos!

Gracias por elegir Milestones Speech & Language Therapy. Agradecemos la oportunidad de ayudarle con este importante proceso.

El paquete para nuevos clientes adjunto incluye información importante sobre esta práctica, incluidas las pólizas de seguro, financieras y de privacidad. Tómese el tiempo para completar la mayor cantidad de información posible sobre el historial de desarrollo de su hijo/a , ya que esta información puede ser vital para la dirección del plan de terapia. Es importante que su terapeuta tenga la mayor cantidad de información posible antes de su primera visita para que pueda brindarle el mejor servicio posible a su hijo/a. Si su hijo/a tiene evaluaciones recientes realizadas por otros profesionales de la salud (psicólogo, IEP, etc.), traiga copias de estas con usted o puede enviarlas por fax a Milestones Speech and Language Therapy con anticipación.

Los paquetes completos se pueden enviar por fax al (760) 406-4229 o por correo electrónico a info@milestoneslp.org No dude en llamar a nuestra oficina al (760) 778-6111 con cualquier pregunta o inquietud que pueda tener. ¡Esperamos encontrarnos contigo pronto!

Sinceramente,

Jyll A. Chandler

Jyll Chandler, M.A. CCC-SLP/QOT
Owner/CEO

SG

160 N. Luring Dr. Ste E Palm Springs, CA 92223 ♦ Office: 760-778-6111 Fax:760-406-4229 ♦

MilestonesSLP.org

Milestones Speech and Language
 INFORMACIÓN DE CLIENTE (NIÑO)

Fecha: / /

Idioma preferido para comunicaciones: <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> ASL/lenguaje de señas otro: _____
--

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido(s)	Nombre(s)	Fecha de Nacimiento / /	Edad	Sexo y como se identifica
-------------	-----------	----------------------------	------	---------------------------

Prenombre Personal Preferido: <input type="checkbox"/> ella <input type="checkbox"/> él <input type="checkbox"/> otro: _____
--

Dirección	Ciudad, Estado, y Código Postal	Número del Seguro Social o Identificación Fiscal
-----------	---------------------------------	--

Nombre de la Madre o Representante Legal	Número de Teléfono	Correo Electrónico
--	--------------------	--------------------

Nombre del Padre o Representante Legal	Número de Teléfono	Correo Electrónico
--	--------------------	--------------------

	Número de Teléfono Alternativo	Correo Electrónico Alternativo
--	--------------------------------	--------------------------------

Forma de comunicación preferida: <input type="checkbox"/> llamada por teléfono <input type="checkbox"/> mensaje de texto (SMS) <input type="checkbox"/> correo electrónico
--

Nombre del Pediatra	Dirección del Pediatra	Número de Teléfono del Pediatra
---------------------	------------------------	---------------------------------

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO

Por favor, muestre tarjeta de seguro médico a la recepción.

¿El/la paciente tiene seguro médico? Sí. No.

Compañía de seguro médico primero	Dirección de la Compañía	Ciudad, Estado, y Código Postal	Número de Teléfono
-----------------------------------	--------------------------	---------------------------------	--------------------

Nombre del Subscriptor	Fecha de Nacimiento del Subscriptor / /	Número Seguro Social o Identificación Fiscal del Subscriptor
------------------------	--	--

Group #	Policy #	Copay \$
---------	----------	-------------

Empleo	Empleador	Dirección del Empleador	Número de Teléfono Laboral
--------	-----------	-------------------------	----------------------------

Relación entre el paciente y el subscriptor: su mismo(a) hijo(a) hospital otro:

Seguro Secundario (si hay)	El Nombre del Subscriptor	Group # del Seguro Secundario	Policy # del Seguro Secundario
----------------------------	---------------------------	-------------------------------	--------------------------------

Relación entre el paciente y el subscriptor: su mismo(a) hijo(a) hospital otro:

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre de un amigo(a) o relative cercano	Relación al paciente	Número de Teléfono	Número de Teléfono Alternativo
--	----------------------	--------------------	--------------------------------

INFORMACIÓN DE CLIENTE (NIÑO)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE ADICIONAL

Hermanos del paciente

Nombre	Edad	Sexo	Relación al paciente

¿Vive el niño/niña en una sola casa? Sí. No. Otro:

¿El niño/la niña vive con los dos padres? Sí. No. Otro:

¿Quién vive en la casa con el niño?

¿Cuál idioma habla más el niño/la niña? _____

¿Habla el niño/la niña otros idiomas? Cuáles? _____

¿Su hijo(a) con quién pasa la mayoría de su tiempo? _____

¿Cuáles son sus preocupaciones más urgentes sobre el niño/la niña? _____

HISTORIAL PRENATAL Y DE NACIONAMIENTO

Tipo del parto: nacido(a) de cabeza con los pies primero parto de nalgas (parto de glúteos) cesárea

¿Hubo alguna condición rara que pudiera haber afectado el embarazo o el parto? Yes. No En caso afirmativo, favor de detallar.

INFORMACIÓN DE CLIENTE (NIÑO)

INFORMACIÓN GENERAL DEL LENGUAJE DEL PACIENTE

¿Cuál es la razón de buscar tratamiento a Milestones Speech and Language Therapy?

Describe el queja de lenguaje del niño/de la niña.

Según usted, ¿cuál es la causa?

¿Ha cambiado la condición desde que usted lo notó por la primera vez? Sí. No. Favor de explicar.

¿Hay otros dificultades de lenguaje y hablar, auditivos, o de tragar en la familia? Sí. No. Favor de explicar.

¿Ha consultado algún otro **patólogo de lenguaje o terapeuta de lenguaje**? Sí. No.

En caso afirmativo, escribe el tipo de especialista, las fechas aproximadas, y las conclusiones o sugerencias del especialista.

Nombre	Número de Teléfono	Fechas Atendido(a)	Sugerencias del Especialista

¿Ha consultado algún **otro especialista** (aparte de especialista de lenguaje)? Sí. No.

En caso afirmativo, escribe el tipo de especialista, las fechas aproximadas, y las conclusiones o sugerencias del especialista.

Nombre	Número de Teléfono	Fechas Atendido(a)	Sugerencias del Especialista

INFORMACIÓN DE CLIENTE (NIÑO)

HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE

¿Ha tenido el niño/la niña alguna cirugía? Sí. No. En caso afirmativo, favor de especificar cuál tipo de cirugía y la razón.

Cirugía (amigdalectomía, colocación de tubos, etc.):	Fecha:

Describa cualquier otro accidente grave u hospitalización:

Fecha:

¿El niño/la niña está tomando un medicamento? Sí. No. En caso afirmativo, favor de especificar:

Medicamento:	Dosis:	Frecuencia:	Propósito:

¿El niño/la niña ha tenido una reacción negativa (como alergia) a medicamento o alimentación? Sí. No. En caso afirmativo, favor de especificar.

Especifica cualquier restricción dietético que tenga el niño/la niña de que deberíamos saber.

¿El niño/la niña tiene algún dificultad de comer o tragar? Sí. No. En caso afirmativo, favor de especificar.

INFORMACIÓN DE CLIENTE (NIÑO)

HISTORIAL DEVELOPMENTAL					
¿A cuál edad el niño/la niña empezó de hacer las próximas actividades?					
Gatear	Sentar	Estar de pie	Caminar	Alimentarse	Vestirse
Ir al baño	Balbupear	Hablar palabras	Hablar frases cortas	Hablar frases completas	

¿El niño/la niña jamás haya tenido dificultad en caminar, correr o en participar en otras actividades de coordinación músculo? Sí. No.

¿El niño jamás haya tenido problemas de alimentación (enganchar, chupar, tragar, masticar)? <input type="checkbox"/> Sí. <input type="checkbox"/> No. En caso afirmativo, favor de especificar.
Detalle la respuesta del niño/la niña a sonidos (por ejemplo, reacciona a todos los sonidos, reacciona a los sonidos fuertes solo, reacciona inconsistentemente a los sonidos).
¿Cómo interactúa el niño con los demás? (por ejemplo, como se comunica con otros niños, cuidadores, o adultos)?
¿Cómo interactúa el niño con los demás? (por ejemplo, como se comunica con otros niños, cuidadores, o adultos)?
¿Cuánto tiempo al día usa o mira pantallas el niño/la niña, incluso televisión, computadoras, tabletas, y celulares?
¿Hay alguna otra información que puede ser útil en evaluar la condición del niño/de la niña? Favor de explicar.

INFORMACIÓN DE CLIENTE (NIÑO)

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Gracias por tomar el tiempo de cumplir este formulario. Si usted tiene preguntas, por favor, pregúntanos. Si no hay preguntas, favor de firmar abajo.

Hasta dónde yo sé, la información anterior está completo y correcto. Autorizo que mis beneficios de seguro médico se paguen directamente al médico. Entiendo que soy responsable fiscalmente para cualquier cuenta/deuda. También autorizo Milestones Speech and Language o mi compañía de seguro médico de dar cualquier información requerida para procesar mis reclamos.

Nombre del Paciente:

Nombre del Padre, Madre, o Representante Legal:

Firma:

Fecha:

/ /

Si este formulario ha sido completado por una persona con autoridad legal para representar al paciente, como un padre, agente médico, o representante legal, favor de cumplir la siguiente información:

Nombre de la Persona que Completa Este Formulario:

Firma de la Persona que Completa Este Formulario:

Fecha:

/ /

Describa como esta persona tiene la autoridad legal para firmar este documento.

FORMULARIO DE DIVULGACIÓN MEDICA (HIPAA)

Un formulario de divulgación medica es un documento que, a solicitud suya, nos permite compartir información de tratamiento con un tercero, como un empleador, una compañía de seguros, un familiar, un médico o proveedor de atención médica.

Los formularios de divulgación médica protegen su privacidad y su derecho a divulgar información personal de acuerdo con su consentimiento.

La firma de este formulario de autorización es opcional y nos permite comunicarnos con otros proveedores de atención, compañías de seguros o miembros de la familia sobre el tratamiento del paciente.

Favor de completar todas las secciones de este formulario de divulgación de registros médicos (HIPAA). Si alguna sección se deja en blanco, este formulario no será válido y no será posible compartir su información de salud según lo solicitado.

Yo doy mi permiso para compartir la siguiente información protegida:

archivos completos historia médica y física resúmenes de progreso plan de tratamiento

otro:

Yo doy mi permiso para la divulgación de mi información médica protegida a los siguientes personas, entidades y/o aquellos directamente asociados con mi atención médica:

Nombre

Número de Teléfono

Dirección

Ciudad, Estado, y Código Postal

El propósito o la razón de esta divulgación de información es la siguiente:

Si usted no desea enumerar los motivos para compartir, seleccione "a mi solicitud."

A mi solicitud.

Otro:

Esta autorización para compartir información de salud es válida por el siguiente período de tiempo:

Todos los períodos pasados, presentes y futuros.

Hasta seis (6) años desde la fecha de la firma.

Otro:

FIRMA DEL FORMULARIO DE DIVULGACIÓN MEDICA (HIPAA)

Al firmar este formulario, doy mi permiso a Milestones Speech and Language Therapy a divulgar mi información médica confidencial o la información médica de la persona bajo mi cuidado con la entrega de una copia de los registros médicos o un resumen o narrativa de mi información médica protegida al médico, persona, centro, y/o entidad mencionada anteriormente.

Nombre del Paciente:

Nombre del Padre o Guardián Legal, si es aplicable:

Firma:

Fecha:

/ /

Si este formulario está siendo completado por una persona con autoridad legal para actuar en nombre de un individuo, como un agente de atención médica o el padre o tutor legal de un menor, complete la siguiente información:

Nombre de la Persona que Completa este Formulario:

Firma de la Persona que Completa este Formulario:

Fecha:

/ /

Describa cómo esta persona tiene autoridad legal para firmar este formulario:

Padre o Guardián Legal

Agente Médico(a)

Otro:

MILESTONES

PARTE RESPONSABLE DEL PAGO

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

SSN: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre del empleador: _____

Teléfono de contacto: _____ Dirección de la
empresa: _____

INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN DEL SEGURO:

Tarjeta proporcionada: S/N

Asegurado principal: _____

Fecha de nacimiento: _____ Seguro primario: _____

Número de teléfono: _____ Dirección de
facturación/reclamo: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ ID#: _____ N.º de grupo: _____

Seguro secundario: _____ Nombre del titular de la
póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de facturación/reclamo: _____

Ciudad: _____ Estado : _____

Grupo deo #: _____ # de grupo: _____

Como **cortesía de la póliza**, verificaremos los beneficios de su seguro. Sin embargo, debido a la información inconsistente continua proporcionada por las compañías de seguros, la verificación no es una garantía de pago. El pago es, en última instancia, responsabilidad del paciente/garante. Si su seguro no paga los servicios, es SU responsabilidad.

****Por favor traiga su licencia de conducir y tarjetas de seguro a la primera cita.****

Asignación de beneficios (solo pacientes con seguro): Yo _____,
autorizo la divulgación de cualquier pago e información médica necesaria para procesar mi reclamo de seguro o el de mi familiar y los reclamos relacionados. Por la presente, autorizo el pago directamente a Milestones Speech and Language Therapy de los beneficios del seguro que de otro modo se me pagarían por todos los servicios profesionales.

Firma del Titular de la Póliza: _____ Fecha: _____

POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS

ASISTENCIA POLÍTICA DE

Los clientes NO pueden ser "dejados". Un adulto debe estar presente en la clínica o estacionamiento mientras el niño está en su cita. Si debe cancelar una cita, llame con al menos 24 horas de anticipación. Excepto en circunstancias de emergencia y enfermedad aguda, todas las citas canceladas con menos de 24 horas de anticipación estarán sujetas a una tarifa de servicio de \$25 por sesiones de terapia regulares. Habrá **UNO** cortesía de "falta de cancelación" proporcionada. Si llega 10 minutos tarde a su visita programada, se le cobrará una tarifa de \$25 por no presentarse y no podrá asistir a su cita. Tenga en cuenta que la mayoría de las compañías de seguros no reembolsará las citas perdidas y usted seguirá siendo responsable de estos cargos.

ACUERDO DE CUMPLIMIENTO DE COVID

Acepto cumplir con las siguientes precauciones que Milestones ha implementado contra la propagación de COVID-19 en cumplimiento de las pautas federales, estatales y de la ciudad: Todos los adultos deben usar máscaras o cobertores faciales para ingresar a la clínica. Los padres esperarán en el vehículo siempre que sea posible, ¿no se congregan en la sala de espera o en los pasillos, y mantienen una distancia de seis pies entre las personas. Acepto comunicarme con Milestones si mi hijo o yo obtenemos un resultado positivo de COVID-19 o experimentamos fiebre, escalofríos, tos, dolor de garganta, dificultad para respirar, dolores de cabeza, náuseas, vómitos, diarrea o pérdida del gusto o el olfato. No regresaré a la oficina sin el permiso de un médico o después de aislarme durante 10 a 14 días según lo sugerido por los CDC.

CONFIDENCIALIDAD

Su privacidad es muy importante para nosotros. Le recomendamos encarecidamente que revise el [Aviso de política de privacidad](#) para obtener detalles importantes sobre las políticas para mantener la confidencialidad. En particular, debe tener en cuenta que solo nos pondremos en contacto con usted a través de los medios que haya autorizado específicamente en su documentación de nuevo cliente. Si desea que intercambiamos información con otras personas que no sean usted, [la Autorización para la divulgación de información](#) debe completar un formulario de.

HONORARIOS

Es responsabilidad del padre/cliente verificar/aclarar los cargos antes de asistir a evaluaciones o tratamientos. Las tarifas se aplican a varios tipos de servicios, incluido el contacto directo con el cliente (basado en la clínica o fuera del sitio), consultas telefónicas, viajes y consultas con otros profesionales.

PAGO

La persona que completa la [Parte responsable del pago de las secciones](#) es responsable del pago de todos los servicios prestados. El pago vence en el momento en que se prestan los servicios, a menos que haya hecho otros arreglos por adelantado. **Las cuentas con más de 30 días de atraso estarán sujetas a un cargo por mora de \$20.00 y un cargo de interés del 5%. Las cuentas con más de 90 días de atraso serán enviadas a cobranza.**

Para los clientes que buscan un reembolso de terceros, tenga en cuenta que usted es el responsable final del pago de los servicios prestados. Si su compañía de seguros niega el pago (incluida la recuperación) o no remite el pago dentro de los 45 días, el cliente será responsable del pago de todos los servicios prestados.

MILESTONES

SEGURO MÉDICO

Participamos con algunas compañías de seguros, pero no con todas. Si Milestones Speech and Language Therapy no está contratada con su seguro, estaremos encantados de proporcionarle una superfactura para ayudarlo a buscar el reembolso por los servicios de proveedores fuera de la red. También tenga en cuenta que muchos planes de seguro médico tienen una cobertura limitada para los servicios de patología del habla y el lenguaje. Le recomendamos que se comunique con su compañía de seguros para analizar los límites de su cobertura.

TERMINACIÓN DE LOS SERVICIOS

En caso de que no cumpla con sus obligaciones financieras con Milestones Speech and Language Therapy y permanezca en mora en su cuenta por más de 2 sesiones, los servicios se suspenderán hasta que se reciba el pago. Los servicios también pueden cancelarse si se determina que la participación continua será perjudicial para el niño o su familia. Debido a la importancia de la continuidad de la atención, asistencia regular a las citas es necesaria la. [Dos citas perdidas consecutivas sin notificación de la oficina resultarán en la eliminación del horario. Las familias son responsables de conciliar con la recepción para poder reanudar las sesiones.](#)

El patólogo del habla y el lenguaje se reserva el derecho y el criterio profesional de interrumpir los servicios. Los resultados óptimos son el objetivo, sin embargo, no están garantizados.

POLÍTICA DE SALUD

Se requiere ayuda y cooperación para mantener un ambiente saludable. Un niño debe estar libre de temperatura durante 24 horas antes de regresar a la terapia. Si su hijo ha presentado vómitos y/o diarrea, no debe volver a terapia hasta pasadas 24 horas desde el último episodio de los mismos. No traiga familiares enfermos o febriles a la clínica.

Los niños no serán vistos si cualquiera de los siguientes está presente: Demasiado enfermo o incómodo para funcionar en el entorno de la terapia, goteo nasal continuo; secreción nasal espesa o descolorida; estornudos o tos excesivos y tos que produce mucosidad; una temperatura elevada

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO/PAGO

Este formulario debe completarse antes de que se puedan iniciar los servicios. Si el cliente es menor de 18 años, el formulario debe estar firmado por todos los tutores legales.

Consentimiento para el tratamiento Por la presente certifico que voluntariamente he solicitado y recibido tratamiento, o doy mi consentimiento para el menor o la persona bajo mi tutela legal, en Milestones Speech and Language Therapy. Entiendo que puedo cancelar estos servicios en cualquier momento.

MILESTONES

RECIBO DE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS

Por la presente doy fe de que he recibido una copia de las Políticas y Procedimientos de Terapia del Habla y Lenguaje de Milestones, incluidas las políticas de pago, y que he leído, entendido y aceptado su contenido.

CONSENTIMIENTO PARA LA TELETERAPIA Doy

mi consentimiento para que yo o mi hijo participemos en los servicios de terapia del habla a través de HIPAA cumple con video chat que.

RECIBO DE LA POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA Se

me ha proporcionado una copia del Aviso de Políticas de Privacidad de Milestones que detalla cómo se puede usar y divulgar mi expediente médico según las leyes federales y estatales. Entiendo que, como parte del tratamiento, pago u operaciones de atención médica de Milestones Speech and Language Therapy, puede ser necesario divulgar mi información médica protegida a otra entidad (es decir, seguro, emergencia, etc.), y doy mi consentimiento para tal divulgación para estos usos permitidos, incluidas las divulgaciones por fax y correo electrónico sólo a las partes correspondientes. Entiendo completamente y acepto los términos de este Consentimiento y acusó recibo del Aviso de Privacidad. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la organización ya haya tomado medidas al respecto. Entiendo que al negarme a firmar este consentimiento o revocar este consentimiento, Milestones puede negarse a tratar. Además, entiendo que Milestones se reserva el derecho de cambiar sus políticas de privacidad y me proporcionará una copia de cualquier aviso revisado.

CENTRO DE ENSEÑANZA

Entiendo que Milestones es un centro de enseñanza que utiliza a los estudiantes en sesiones de terapia para adquirir experiencia clínica. Doy permiso para que los estudiantes lleven a cabo sesiones de terapia bajo la supervisión de los SLP en el sitio

DE FOTOGRAFÍA A CONSENTIMIENTO

Milestones le gustaría incorporar a nuestra clientela y sus familias en la comercialización

Nombre del paciente (letra de molde): _____

Fecha: _____

Al firmar a continuación, usted da la exactitud de las declaraciones anteriores, incluidos todos los consentimientos y autorizaciones implícitas en las mismas. Una copia de este acuerdo está disponible a pedido.

Firma del tutor legal: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA LA GRABACIÓN DE AUDIO O VIDEO

Doy mi consentimiento para permitir que esta sesión de terapia del habla se grabe a través de audio o video. Entiendo que el propósito de esta grabación es proporcionar puntos de evaluación y herramientas de medición. Se me ha informado que no se publicará para su uso en ningún material o presentación pública.

Firma del tutor legal: _____ Fecha: _____

M-CHAT-R™



Por favor conteste las siguientes preguntas teniendo en cuenta el comportamiento que su hijo/a presenta usualmente. Si ha notado cierto comportamiento algunas veces, pero no es algo que hace usualmente, por favor conteste **no**. Conteste cada una de las preguntas, marcando con un círculo, la palabra **sí** o **no** como respuesta. Muchas gracias.

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿Si usted señala un objeto del otro lado del cuarto, su hijo/a lo mira?
(POR EJEMPLO ¿Si usted señala un juguete o un animal, su hijo/a mira al juguete o al animal?) | Sí | No |
| 2. ¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo/a es sordo/a? | Sí | No |
| 3. ¿Su hijo/a juega juegos de fantasía o imaginación? (POR EJEMPLO finge beber de una taza vacía, finge hablar por teléfono o finge darle de comer a una muñeca o un peluche) | Sí | No |
| 4. ¿A su hijo/a le gusta treparse a las cosas?
(POR EJEMPLO muebles, escaleras o juegos infantiles) | Sí | No |
| 5. ¿Su hijo/a hace movimientos inusuales con los dedos cerca de sus ojos?
(POR EJEMPLO ¿ Mueve sus dedos cerca de sus ojos de manera inusual?) | Sí | No |
| 6. ¿Su hijo/a apunta o señala con un dedo cuando quiere pedir algo o pedir ayuda?
(POR EJEMPLO señala un juguete o algo para comer que está fuera de su alcance) | Sí | No |
| 7. ¿Su hijo/a apunta o señala con un dedo cuando quiere mostrarle algo interesante?
(POR EJEMPLO señala un avión en el cielo o un camión grande en el camino) | Sí | No |
| 8. ¿Su hijo/a muestra interés en otros niños?
(POR EJEMPLO ¿ mira con atención a otros niños, les sonrío o se les acerca?) | Sí | No |
| 9. ¿Su hijo/a le muestra cosas acercándoselas a usted o levantándolas para que usted las vea, no para pedir ayuda sino para compartirlas con usted?
(POR EJEMPLO le muestra una flor, un peluche o un camión/carro de juguete) | Sí | No |
| 10. ¿Su hijo/a responde cuando usted le llama por su nombre?
(POR EJEMPLO ¿ Cuando usted lo llama por su nombre: lo mira a usted, habla, balbucea, o deja de hacer lo que estaba haciendo?) | Sí | No |
| 11. ¿Cuándo usted le sonrío a su hijo/a, él o ella le devuelve la sonrisa? | Sí | No |
| 12. ¿A su hijo/a le molestan los ruidos cotidianos?
(POR EJEMPLO ¿ Llora o grita cuando escucha la aspiradora o música muy fuerte?) | Sí | No |
| 13. ¿Su hijo/a camina? | Sí | No |
| 14. ¿Su hijo/a le mira a los ojos cuando usted le habla, juega con él/ella o lo/la viste? | Sí | No |
| 15. ¿Su hijo/a trata de imitar sus movimientos? (POR EJEMPLO decir adiós con la mano, aplaudir o algún ruido chistoso que usted haga) | Sí | No |
| 16. ¿Si usted se voltea a ver algo, su hijo/a trata de ver que es lo que usted está mirando? | Sí | No |
| 17. ¿Su hijo/a trata que usted lo mire? (POR EJEMPLO ¿ Busca que usted lo/la halague, o dice “mirame”?) | Sí | No |
| 18. ¿Su hijo/a le entiende cuando usted le dice que haga algo?
(POR EJEMPLO ¿ Su hijo/a entiende “pon el libro en la silla” o “tráeme la cobija” sin que usted haga señas?) | Sí | No |
| 19. ¿Si algo nuevo ocurre, su hijo/a lo mira a la cara para ver cómo se siente usted al respecto? (POR EJEMPLO ¿ Si oye un ruido extraño o ve un juguete nuevo, se voltaría a ver su cara?) | Sí | No |
| 20. ¿A su hijo/a le gustan las actividades con movimiento?
(POR EJEMPLO Le gusta que lo mezan/columpien, o que lo haga saltar en sus rodillas) | Sí | No |