**CUESTIONARIO DE LA VISIÓN PARA NIÑOS MAYORES DE 5 AÑOS**

***Por favor, rellene este cuestionario cuidadosamente. Reenvíelo a nuestra oficina antes de su cita. GRACIAS.***

APELLIDOS:

NOMBRE:

Fecha de nacimiento (marcar con una x): Sexo: Masculino Femenino

**INDIQUE EL MOTIVO DE LA CONSULTA**: …………………………………………………….

Nombre completo del Padre:

Nombre completo de la Madre:

Dirección particular:

Código postal:

Población: Provincia:

Teléfono Fijo:

Teléfono Móvil padre:

Teléfono Móvil madre:

E.Mail:

Nombre y dirección de la Escuela:

Curso: Maestro/a:

Director/a:

¿Fue usted referido a nuestra oficina? Sí No

Si es sí, ¿a quién podemos agradecer esta referencia?

Teléfono:

E-mail:

Dirección:

**PERSONA RESPONSABLE DE LA INFORMACION**

Nombre y Apellidos:

Dirección particular:

|  |  |
| --- | --- |
| Población: | Provincia: |

Cód. Postal:

|  |  |
| --- | --- |
| Teléfono Fijo: | Teléfono Móvil: |

E-mail de contacto:

**HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE**

¿Tiene su hijo miedo a los médicos? Sí No

Estado de salud actual del niño/a:

Medicamentos (o Homeopatía) que usa actualmente, incluyendo vitaminas y suplementos:

¿Para qué condición/es?

¿Se le ha realizado alguna evaluación Psicológica? Sí No

Si es sí, ¿por qué?:

¿Por quién?

Resultados y Recomendaciones:

¿Es alérgico a algún medicamento o alimento? Sí No

Si es sí, por favor mencione:

¿Cuenta con algún historial de lo siguiente? (Marcar la respuesta)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Diabetes | Glaucoma | Ambliopía (ojo vago) |
| Desvía un ojo | Presión arterial | Esclerosis múltiple |
| Probl. Cromosomal | Problemas de aprendizaje | Epilepsia o convulsiones |

Otra (especifique):

Le rogamos que si tiene informes de otros profesionales nos traiga una copia el día de su visita.

**HISTORIA VISUAL**

¿Tuvo usted alguna evaluación previa? Sí No

Si es sí, ¿dónde? (Hospital, ambulatoria, clínica, óptica…)

Fecha de la última visita:

Razón para la evaluación:

¿Le fueron recomendados gafas, lentes de contacto, terapia visual u otra ayuda óptica? Sí No

¿Los usa? Sí No Cuanto tiempo los ha tenido?

Si usa gafas, ¿de qué tipo eran?

Sólo para lejos Solo para cerca Bifocales Progresivos

**Estimado paciente**:

Esta lista de síntomas de síntomas y observaciones de los problemas de la visión en el colegio o en casa, pueden ayudarnos a comprender como está el sistema visual de su hijo/a en sus actividades diarias.

Con la ayuda del niño/a, por favor rellene este cuestionario.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Ocurre con frecuencia** | **Ocurre algunas veces** | **Nunca ocurre** |
| Visión borrosa cerca / lejos |  |  |  |
| Le escuecen los ojos o los nota cansados estudiando |  |  |  |
| Se le nubla la vista cuando lee |  |  |  |
| Tiene dolores de cabeza al leer |  |  |  |
| Ve doble cuando lee |  |  |  |
| Se fatiga rápidamente en tareas de cerca |  |  |  |
| Las letras o palabras se mueven al leer |  |  |  |
| Problemas con la comprensión lectora |  |  |  |
| A veces se pierde u omite palabras cuando lee |  |  |  |
| Evita leer o hacer otros trabajos de cerca |  |  |  |
| Se salta palabras o líneas, tiene que volver a leerlas |  |  |  |
| Mantiene el material muy cerca cuando lee |  |  |  |
| Los ojos parecen cruzarse o desplazarse |  |  |  |
| No le gusta o evita realizar tareas escolares, deberes |  |  |  |
| Vocabulario pobre |  |  |  |
| Escasa atención |  |  |  |
| Cambia o mueve las letras o números |  |  |  |
| Dificultad al copiar de la pizarra o libro |  |  |  |
| Caligrafía sucia, excesivo uso del borrador. |  |  |  |
| Dificultad para recordar lo que lee. |  |  |  |
| Ha repetido un curso |  |  |  |
| Tiene problemas con las matemáticas |  |  |  |
| Tiene problemas con la lectura |  |  |  |
| Confunde derecha e izquierda. |  |  |  |
| Se marea en el coche |  |  |  |
| Responde mejor oralmente que por escrito |  |  |  |
| Las notas académicas no reflejan el esfuerzo realizado. |  |  |  |

**TELEVISIÓN / ACTIVIDADES DE PASATIEMPOS**

¿El niño (a) mira TV? Sí No ¿Cuánto tiempo?

Distancia de la TV:

¿Su niño(a) pasa tiempo usando el ordenador/videojuegos? Sí No

Si es Sí, ¿Cuánto?

¿Tiempo Seguido?

Distancia de Visión:

¿En qué otras actividades o pasatiempos ocupa su niño (a) su tiempo?

¿Hay alguna otra actividad en que su niño(a) quisiera participar pero no lo hace, o no puede hacer?

Sí No En caso afirmativo, por favor, explique:

**ESCUELA**

¿A su niño(a) le gusta ir a la escuela? Sí No

Describa específicamente cualquier dificultad en la escuela (académico/social):

¿Su niño (a) parece estar bajo tensión o presión extrema cuando hace la tarea? Sí No

¿Tiene su niño algún profesor particular, terapia, y/o ayuda para corregir? Sí No

Si es sí, ¿cuándo?

¿Dónde y por quién?

A su niño (a) le gusta leer? Sí No

Voluntariamente? Sí No

¿Cuál es la actitud de su niño(a) hacia la lectura, escuela, sus profesores, compañeros?

Explique:

¿Su niño(a) necesita mucho tiempo/esfuerzo para mantener el nivel de la clase? Sí No

¿Cuánto tiempo en promedio pasa cada día su niño(a) haciendo los deberes?

¿En qué medida ayuda usted a su niño(a) con los deberes?

¿Cree usted que su niño (a) está alcanzando su potencial? Sí No

¿Cree su profesor que su niño (a) está alcanzando su potencial? Sí No

**COMPORTAMIENTO GENERAL**

¿Tiene problemas de comportamiento en la escuela? Sí No

¿Tiene algún problema de comportamiento en casa? Sí No

¿Qué causa estos problemas?

Reacción del niño a la fatiga: ☐ PASIVO ☐ IRRITABLE ☐ OTRA

Reacción del niño a la tensión: ☐ ESQUIVO ☐ IRRITABLE ☐ OTRA

¿Su niño dice y/o hace cosas compulsivamente? Sí ☐ No ☐

¿Está su niño en movimiento constantemente? Sí ☐ No ☐

¿Puede su niño mantenerse sentado largos períodos de tiempo? Sí ☐ No ☐

**CUESTIONARIO DE REFLEJOS PRIMITIVOS**

¿Peso al nacer?

¿Parto a término? Si  No  ¿en qué semana?

¿Problemas durante el parto? Sí  No  Si es sí, ¿cuál/es?:

¿Ventosas?  ¿Espátulas?  ¿Cesárea?  ¿Duración del parto?

¿Otras complicaciones?

¿Problemas después del parto?

¿Incubadora?  ¿Cuánto tiempo?  ¿Ictericia?

Otra: Test de APGAR

¿Gateo a cuatro patas antes de andar? Sí  No

¿A qué edad empezó a andar?

¿A qué edad empezó a hablar?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **En el período de 0 – 18 meses** |  | **Comentarios** |
| ¿Fiebre alta? | Sí ☐ No ☐ |  |
| ¿Convulsiones? | Sí ☐ No ☐ |  |
| ¿Reacciones fuertes con las vacunas? | Sí ☐ No ☐ |  |
| ¿Anduvo antes de los 10 meses? | Sí ☐ No ☐ |  |
| ¿Caminó después de los 15 meses? | Sí ☐ No ☐ |  |
| ¿Empezó a hablar después de los 18 meses? | Sí ☐ No ☐ |  |
| ¿Gritaba mucho? ¿Dificultades para dormir? | Sí ☐ No ☐ |  |
| ¿Sorprendentemente perezoso, inactivo? | Sí ☐ No ☐ |  |
| ¿Problemas de alimentación? | Sí ☐ No ☐ |  |
| ¿Infecciones de oído frecuentes? | Sí ☐ No ☐ |  |
| ¿Gateó a cuatro patas? | Sí ☐ No ☐ |  |
| ¿Se deslizaba sobre su trasero? | Sí ☐ No ☐ |  |
| ¿Se giraba, o rodaba sobre sí? | Sí ☐ No ☐ |  |
| ¿Arrastraba una pierna mientras gateaba? | Sí ☐ No ☐ |  |

**Infancia: A Partir de 18 meses**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ¿Mojaba la cama después de los 5 años? | Sí ☐ No ☐ |  |
| ¿Problemas para aprender controlar esfínteres? | Sí ☐ No ☐ |  |
| ¿Problemas para aprender a atar los cordones de los zapatos? | Sí ☐ No ☐ |  |
| ¿Problemas para aprender a sujetar un bolígrafo? | Sí ☐ No ☐ |  |
| ¿Problemas para aprender a saltar sobre una pierna? | Sí ☐ No ☐ |  |
| ¿Problemas para aprender a hacer la voltereta? | Sí ☐ No ☐ |  |
| ¿Problemas para aprender a andar en bicicleta? | Sí ☐ No ☐ |  |
| ¿Problemas para aprender a leer? | Sí ☐ No ☐ |  |
| ¿Problemas para aprender a escribir? | Sí ☐ No ☐ |  |
| ¿Alergias? | Sí ☐ No ☐ |  |
| ¿Hubo un periodo de conducta desafiante a la edad de 2-3 años? | Sí  No |  |

**Haga una descripción de algunos de los siguientes problemas.**

¿Problemas visuales?  ¿Gafas? ¿Guiña los ojos? ¿Alguna cosa más?

¿Problemas para hablar?  ¿Palabras entrecortadas mal articuladas?  ¿Alguna cosa más?

¿Dislexia? Sí  No

¿Cuál es la situación del niño en el colegio?

**Problemas actuales: ¿Diestro? ¿Zurdo?**

Señale el grado de dificultad de O a 5.

0 = ningún problema

5 = grandes problemas, imposible

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1. No le gusta la ropa ajustada |  |  |  |  |  |  |
| 2. Problemas para permanecer sentado |  |  |  |  |  |  |
| 3. Miedo a la oscuridad, ansiedad |  |  |  |  |  |  |
| 4. Hipersensible a los sonidos |  |  |  |  |  |  |
| 5. Hipersensible a la luz |  |  |  |  |  |  |
| 6. Hipersensible al tacto |  |  |  |  |  |  |
| 7. Mareo por movimiento |  |  |  |  |  |  |
| 8. Malas posturas |  |  |  |  |  |  |
| 9. Poco equilibrio |  |  |  |  |  |  |
| 10. Laxitud de articulaciones |  |  |  |  |  |  |
| 11. Torpe y descoordinado |  |  |  |  |  |  |
| 12. Problemas para sostener la cabeza |  |  |  |  |  |  |
| 13. Se enfada o molesta fácilmente |  |  |  |  |  |  |
| 14. Problemas para coger pelotas |  |  |  |  |  |  |
| 15. Problemas para dar patadas al balón |  |  |  |  |  |  |
| 16. Se tumba sobre la mesa para escribir |  |  |  |  |  |  |
| 17. Movimientos con la boca mientras escribe |  |  |  |  |  |  |
| 18. Problemas para trazar círculos |  |  |  |  |  |  |
| 19. Problemas para hacer la lazada de los cordones |  |  |  |  |  |  |
| 20. Mala grafía |  |  |  |  |  |  |
| 21. Problemas para leer |  |  |  |  |  |  |
| 22. Problemas para deletrear |  |  |  |  |  |  |
| 23. Tenso, camina de puntillas |  |  |  |  |  |  |
| 24. Problemas para nadar a braza |  |  |  |  |  |  |
| 25. Problemas para hacer la voltereta |  |  |  |  |  |  |
| 26. Poca resistencia |  |  |  |  |  |  |
| 27. Problemas de atención y concentración |  |  |  |  |  |  |
| 28. Introvertido, pasivo, apático |  |  |  |  |  |  |
| 29. Timidez problemas para reafirmarse |  |  |  |  |  |  |
| 30. Hiperactivo |  |  |  |  |  |  |
| 31. Oscila entre la hiperactividad y la pasividad |  |  |  |  |  |  |
| 32. Actúa por impulsos |  |  |  |  |  |  |
| 33. Problemas para prestar atención |  |  |  |  |  |  |
| 34. Problemas con la previsión y la planificación |  |  |  |  |  |  |
| 35. Problemas para cruzar la línea media del cuerpo |  |  |  |  |  |  |
| 36. Problemas para dibujar un ocho |  |  |  |  |  |  |
| 37. Ataques emocionales |  |  |  |  |  |  |
| 38. Palabras entrecortadas, tartamudeo |  |  |  |  |  |  |
| 39. Problemas para jugar con otros niños, tiene conflictos |  |  |  |  |  |  |