**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 |  |  |  |  |  |  |