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

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

APELLIDOS:

NOMBRE:

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

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

Nombre del Padre:

Nombre 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**

Marcar con una x

¿Tiene su hijo miedo a los médicos? Sí No

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

¿Para qué condición/es?

¿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 | Esclerosis múltiple |
| Desvía un ojo | Presión arterial | Epilepsia o convulsiones |
| Probl. Cromosomal | Ambliopía (ojo vago) | 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?

Fecha de la última visita:

Razón para la evaluación:

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

En caso afirmativo, ¿cuál o cuáles?

¿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 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 marcando con una x.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Ocurre con frecuencia** | **Ocurre algunas veces** | **Nunca ocurre** |
| Guiña para ver de lejos |  |  |  |
| Le escuecen los ojos o los nota cansados después de hacer tareas de cerca |  |  |  |
| Se le desvía un ojo |  |  |  |
| Se acerca mucho las cosas |  |  |  |
| Evita hacer trabajos de cerca, juegos dibujos… |  |  |  |
| Gira o inclina la cabeza para mirar |  |  |  |
| Le cuesta aprender cosas nuevas |  |  |  |
| Le gusta ir a la guardería o colegio |  |  |  |
| Se enfada con frecuencia si algo no le sale bien |  |  |  |
| Los profesores están contentos con su rendimiento |  |  |  |
| Hiperactivo, no para quieto, se mueve mucho |  |  |  |
| Hipoactivo para cualquier tarea |  |  |  |
| Se tumba al dibujar |  |  |  |
| Evita saltar o jugar a la pelota |  |  |  |
| Problemas de socialización |  |  |  |
| Vocabulario pobre |  |  |  |
| Escasa atención o se despista con facilidad |  |  |  |
| Le cuesta aprender números |  |  |  |
| Le cuesta aprender letras |  |  |  |
| Malas posturas al sentarse |  |  |  |
| Los gritos o ruidos lo alteran o distraen |  |  |  |
| Necesita apoyo para realizar sus tareas |  |  |  |
| Inseguro al contestar o elegir |  |  |  |
| Se muerde los labios, las uñas, se chupa el dedo,… |  |  |  |
| Dificultades para seguir instrucciones verbales |  |  |  |
| Autónomo para realizar tareas cotidianas (vestirse, asearse,…) |  |  |  |
| Se marea en el coche |  |  |  |

**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 DESARROLLO DEL PACIENTE**

¿Peso al nacer? ¿Parto a término? Si No

¿En qué semana?

¿Problemas durante el parto? Sí No

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

¿Otras complicaciones?

¿Problemas después del parto? Sí No

¿Incubadora? Sí No ¿Cuánto tiempo?

¿Ictericia? …………………………….

Alguna cosa más:

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** |
| ¿Fiebres altas? | 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? | Sí No |  |
| ¿Dificultades para dormir? | Sí No |  |
| ¿Sorprendentemente perezoso, inactivo? | Sí No |  |
| ¿Problemas de alimentación? | Sí No |  |
| ¿Infecciones de oído frecuentes? | Sí No |  |
| ¿Se deslizaba sobre su trasero? | Sí No |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **En el período de 0-18 meses** |  | **Comentarios** |
| ¿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 |  |

**Haz 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?

**Nombre y apellidos**

**Fecha**

**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 |  |  |  |  |  |  |