



**Cuestionario de la prueba de detección de la visión para padres de niños desde el nacimiento hasta los cinco años**

Esta herramienta se desarrolló para dirigir las prácticas de pruebas de detección rápidas de la visión en niños desde el nacimiento hasta los cinco años. Las debe llevar a cabo un cuidador que conozca bien al niño. La información determinará la existencia de problemas de la visión que justifiquen evaluaciones adicionales cuando se puedan reanudar las actividades de detección o evaluación en persona.

**Nombre del niño:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento del niño:** \_\_\_\_\_

**Nombre del cuidador:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Junta del centro comunitario:** \_\_\_\_\_ **Distrito:** \_\_\_\_\_

**Persona de contacto:** \_\_\_\_\_ **Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

Es importante contar con la información sobre posibles problemas de la visión que puedan ocurrir con otros miembros de la familia, como así también información médica general sobre su hijo.

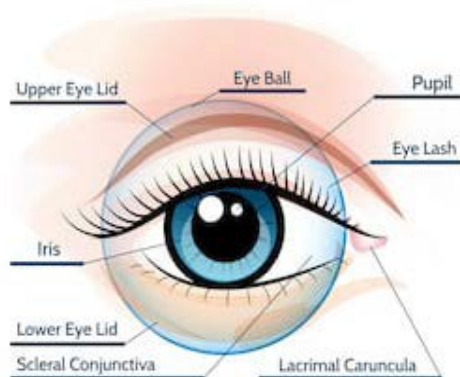
**Antecedentes generales: Poblaciones de alto riesgo para problemas de la visión**

- |   |    |                          |    |                          |
|---|----|--------------------------|----|--------------------------|
| ¿Tienen antecedentes familiares sobre pérdida de la visión temprana (por ej. cataratas, albinismo, etc.?)   | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| ¿Tienen antecedentes familiares de estrabismo, problemas de daltonismo y/o necesidad de anteojos recetados?   | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| ¿Estuvo su hijo expuesto a alguna infección prenatal (por ej. toxoplasmosis, citomegalovirus [CMV])?  | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| ¿Su bebé pesó menos de tres libras al nacer?  | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| ¿Su hijo nació prematuro?   | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| ¿Estuvo su hijo expuesto a drogas o alcohol antes de su nacimiento?   | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| ¿Padeció su hijo de meningitis o encefalitis?   | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| ¿Experimentó su hijo algún tipo de lesión cerebral o trauma en la cabeza? (accidente cerebrovascular en el útero, hemorragia cerebral, falta de oxígeno, trauma accidental o no accidental) | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| ¿Padece su hijo de algún trastorno neurológico (por ej. convulsiones, hidrocefalia)?  | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| ¿Padece su hijo de alguna dificultad auditiva?  | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| ¿Se diagnosticó a su hijo de algún síndrome (por ej. síndrome de Down, síndrome de CHARGE, etc.)?   | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| ¿Se diagnosticó a su hijo de parálisis cerebral?  | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |

## El ABC de los problemas visuales tempranos

**Información de antecedentes:** Podemos aprender mucho sobre la salud y el bienestar de la visión de un niño pequeño prestando atención a la apariencia de sus ojos, sus comportamientos visuales y quejas. Agradecemos su ayuda con esta información a fin de determinar si existe alguna preocupación acerca de la visión de su hijo.

**Apariencia de los ojos y párpados:** Tómese unos minutos para observar los ojos y párpados del niño. Responda sí o no a las siguientes declaraciones. Si no está seguro, deje la pregunta en blanco para consultar con la Parte C o los profesionales de Child Find del distrito escolar que cuentan con la experiencia adecuada.



- |  |    |                          |    |                          |
|--|----|--------------------------|----|--------------------------|
| Uno de los ojos se ve diferente al otro. Por ejemplo, un ojo parece mucho más pequeño o un ojo está ubicado más arriba en el rostro con respecto al otro ojo.      | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| Uno o ambos ojos están torcidos hacia adentro o hacia afuera. Esto puede ocurrir todo el tiempo o solo en algunas ocasiones.                                       | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| Existe una diferencia en el color negro, el tamaño o la forma de las pupilas en uno o ambos ojos. La pupila es el centro de color negro oscuro que tiene cada ojo. | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| Existe una diferencia en el tamaño y la forma del iris en uno o ambos ojos. El iris es la parte de color que tiene cada ojo.                                       | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| Uno o ambos ojos parecen blancos o empañados.  | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| Los ojos se mueven de manera involuntaria y rápida (bailando/moviéndose hacia arriba y hacia abajo o de lado a lado).  | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| Los ojos están rojos y/o con exceso de materia (tiene más materia de sueño que la habitual cuando el niño recién se despierta o debido a alergias).                | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| Los párpados están rojos, hinchados y/o incrustados.   | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| Uno de los párpados está caído o parece más bajo que el otro.  | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |

**Comportamiento:** Informe lo que observe acerca de cómo usa el niño la vista durante sus tareas cotidianas. Responda sí o no a las siguientes declaraciones. Si no está seguro, deje la pregunta en blanco para consultar con la Parte C o los profesionales de Child Find del distrito escolar que cuentan con la experiencia adecuada.

**Su hijo...**

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| NO hace contacto visual con personas conocidas (después de dos meses de vida).   | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Cubre o cierra un ojo al mirar a alguien o algo dentro de una distancia corta (dos pies o más cerca).  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Frunce el ceño o entrecierra los ojos al mirar algo que está lejos (dos pies o más).   | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Inclina o gira la cabeza hacia un lado, levanta o baja la barbilla y/o acomoda la cabeza hacia adelante o hacia atrás cuando mira algo a corta o larga distancia. <i>Marque con un círculo el comportamiento que ocurra.</i> | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Cierra los ojos o da vuelta la cara cuando escucha a otros hablar.   | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| No sonrío cuando otra persona le sonrío  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Mantiene muy cerca de sus ojos cualquier objeto cuando lo mira.  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Mira fijamente las fuentes de luz (luces de techo o ventanas) durante períodos largos.   | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Prefiere ciertos colores; elige artículos con estos colores en lugar artículos de otros colores. (por ej. parece mirar con más atención los objetos de color rojo).  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Reconoce a las personas conocidas solo <u>después</u> de que hablan.   | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Se da cuenta de que hay personas, mascotas u objetos solo cuando se mueven.  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Al parecer sus habilidades visuales no son constantes (por ej. parecen cambiar de la mañana a la noche, de un día a otro o entre actividades).   | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| No logra agarrar los objetos que está mirando y queriendo agarrar al mismo tiempo (por ej. requiere varios intentos para obtener el objeto).   | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Mira hacia otro lado cuando está alcanzando un objeto que está cerca.  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Se tropieza con frecuencia con objetos que están en su camino o choca con las paredes.   | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Le cuesta detectar un cambio en la superficie del piso, como ser de baldosas a alfombras. Duda o no detecta un escalón o el bordillo de la acera.  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Le cuesta ver los objetos pequeños, como un trocito de cereal que quedó en el plato o la mesa.   | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Pierde rápidamente el interés en juegos, proyectos o actividades que requieran usar sus ojos durante un período prolongado.  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Evita mirar libros, dibujar, jugar o hacer otros proyectos que requieran enfocar la mirada de cerca.   | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

**Quejas:** Un niño pequeño por lo general no se “queja” de las dificultades visuales, pero podría exhibir a través de su comportamiento que hay algo mal con su visión. Responda sí o no a las siguientes declaraciones. Si no está seguro, deje la pregunta en blanco para consultar con la Parte C o los profesionales de Child Find del distrito escolar que cuentan con la experiencia adecuada.

**Su hijo...**

Parece ser muy sensible a las luces de interior brillantes o la luz solar. Entrecierra excesivamente los ojos, cubre sus ojos con la mano o baja la cabeza para evitar la luz. **Sí**  **No**

Parece que le arden o le pican los ojos, se los frota, parpadea rápidamente y/o tiene los ojos llorosos pero no por causa de alergias. **Sí**  **No**

Se frota o parpadea rápidamente después de mirar algo (cuando no está cansado). **Sí**  **No**

Parece que solo ve un objeto cuando está separado (aislado) de otros artículos (por ej. no puede encontrar un juguete específico cuando está entre medio de otros juguetes). **Sí**  **No**

¿Tiene alguna inquietud sobre la visión de su hijo que no se haya abordado en las preguntas anteriores?  
En caso afirmativo, explique.

---

---

¿Su hijo alguna vez consultó a un oculista (optometrista u oftalmólogo)? **Sí**  **No**

En caso afirmativo, ¿cuáles fueron los resultados del examen? \_\_\_\_\_

¿Se recetaron anteojos u otro tratamiento? **Sí**  **No**

En caso afirmativo, ¿usa su hijo los anteojos, según lo recetado? **Sí**  **No**

En caso negativo, ¿por qué no los está usando?

---

**Pasos a seguir:** Le agradecemos que haya proporcionado información sobre la visión de su hijo. Se revisará esta información con su persona de contacto de la Parte C o Child Find para determinar los pasos a seguir.

**Referencias:**

Departamento de Educación de Colorado (2005). *Pautas para la prueba de detección de la visión: niños desde el nacimiento hasta los cinco años*, Departamento de Educación de Colorado.

Enseñanza para CVI (2020). [Lista de pruebas de detección para niños con sospechas de una discapacidad visual cerebral \(CVI\) / Lista de pruebas de detección CVI 1](https://f9d3e3e2-4dd0-4434-a4bb-27a978ad3a27.filesusr.com/ugd/eca85c_7ca670026a8d4f388c5d63828ec0610d.pdf) obtenida de [https://f9d3e3e2-4dd0-4434-a4bb-27a978ad3a27.filesusr.com/ugd/eca85c\\_7ca670026a8d4f388c5d63828ec0610d.pdf](https://f9d3e3e2-4dd0-4434-a4bb-27a978ad3a27.filesusr.com/ugd/eca85c_7ca670026a8d4f388c5d63828ec0610d.pdf)

Topor, I. (2004). *Agudeza visual funcional aproximada para diferentes tamaños de objetos y distancias*. Chapel Hill, NC: Centro de entrenamiento de intervención temprana para bebés y niños pequeños con discapacidades visuales, FPG Child Development Institute, UNC-CH.