

Cuestionario para los padres sobre el examen de la vista para niños desde el nacimiento hasta los tres años

Este cuestionario ayudará a reunir información valiosa sobre la visión de su hijo. Si hay posibles problemas de visión, los discutiremos con usted y si es necesaria una visita a un profesional de la visión. Este formulario debe ser rellenado por la persona que mejor conozca a su hijo y su historial médico familiar. **Le rogamos que devuelva el cuestionario cumplimentado a la dirección de correo electrónico que figura al final del documento antes de la reunión de evaluación de intervención temprana.** Si no puede enviar el cuestionario por correo electrónico, llévalo a la reunión programada.

Nombre del niño:		DDC del niño	
Nombre del cuidador:		Fecha de hoy:	
Junta Centrada en la Comunidad:			
Persona de contacto:		Correo electrónico de la persona de contacto:	

Historial de visión familiar (padres y hermanos)

¿Hay antecedentes familiares de cruce de ojos (estrabismo) o de pérdida de visión debida al cruce de ojos (ambliopía): abuelos, padres, hermanos?	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
¿Alguien en su familia necesitó anteojos recetados antes de los 6 años?	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Por favor, describa cualquier otro problema de visión en la familia (por ejemplo, retinoblastoma, haber nacido con cataratas o glaucoma, etc.).				

Historial médico del niño

¿Su hijo ha sido afectado o diagnosticado con alguno de los siguientes? Déjelo en blanco si no está seguro o no lo sabe.

Prematuridad (es decir, nacidos antes de las 32 semanas).	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Peso al nacer inferior a 4.5 libras.	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Necesitó oxígeno más de 4 días como recién nacido.	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Pérdida de audición.	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Diferencias en la cabeza o en la cara al nacer (por ejemplo, labio leporino/paladar hendido, craneosinostosis, etc.) .	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Exposición prenatal a infecciones (por ejemplo, CMV, sífilis, rubéola, toxoplasmosis, etc.) .	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Meningitis o encefalitis.	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Exposición prenatal a drogas o alcohol.	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Cualquier tipo de síndrome (por ejemplo, síndrome de Down, síndrome CHARGE, etc.) .	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Lesión cerebral (por ejemplo, falta de oxígeno, accidente cerebrovascular, trauma accidental o no accidental, etc.) .	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

Afecciones neurológicas (por ejemplo, parálisis cerebral, espasmos infantiles u otros trastornos convulsivos, hidrocefalia, etc.) .	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Retraso en la maduración visual o discapacidad visual cortical/cerebral (IVC).	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Examen del oftalmólogo

¿Un oftalmólogo ha examinado los ojos de su hijo?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿cuándo fue el examen más reciente (mes, año)?		
¿Cuáles fueron los resultados del examen?		
¿Se prescribieron anteojos u otro tratamiento?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Si el médico le recetó anteojos, ¿su hijo usa lam?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Si su hijo no usa sus anteojos, ¿cuál es la razón?		

Podemos aprender mucho sobre la salud de la visión de su hijo mirando el aspecto de sus ojos y párpados, observando sus comportamientos visuales y escuchando sus preocupaciones sobre la visión de su hijo.

Apariencia de los ojos y los párpados

Por favor, tómese unos momentos para mirar los ojos y los párpados de su hijo. Responda sí o no a las siguientes preguntas. Si no está seguro, deje la pregunta en blanco.

¿Un ojo parece diferente al otro? Por ejemplo, un ojo parece mucho más pequeño, o un ojo está más alto en la cara que el otro.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Una o ambas miradas se dirigen hacia dentro, hacia fuera, hacia arriba o hacia abajo? Esto puede ocurrir todo el tiempo o sólo algunas veces. del tiempo.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Hay alguna diferencia en el color negro, el tamaño o la forma de las pupilas de uno o ambos ojos? La pupila es el centro negro oscuro de cada ojo.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Hay alguna diferencia en el tamaño y la forma del iris en uno o ambos ojos? El iris es la parte coloreada de cada ojo.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Uno o ambos ojos parecen blancos o nublados?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Sus ojos se mueven involuntariamente o se mueven rápidamente - bailando/ sacudiendo de arriba a abajo o de lado a lado? lado?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Están sus ojos rojos y/o excesivamente importunados más allá de lo habitual cuando el niño se despierta por primera vez o se debe a una alergia?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Están los párpados rojos, hinchados y/o con incrustaciones?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Un párpado se cae o parece más bajo que el otro?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Si ha respondido afirmativamente a alguna de las preguntas anteriores, ¿cuándo lo notó por primera vez? ¿Sucedió de forma repentina? Por favor, descríbalos.

Comportamientos

Las acciones de su hijo pueden indicar que algo no va bien con su visión. Por favor, piense en cómo su hijo utiliza su visión durante el día. Conteste sí o no a las siguientes afirmaciones. Si no está seguro, deje la frase en blanco.

Mi hijo...

Responde a la siguiente afirmación para niños de un mes o más

1. Tiene dificultad para mirar y hacer contacto visual conmigo durante al menos 3 segundos.	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
---	----	--------------------------	----	--------------------------

Y contesta a las siguientes afirmaciones para los niños de tres meses o más

2. Inclina o gira la cabeza hacia un lado, levanta o baja la barbilla y/o empuja la cabeza hacia delante o hacia atrás cuando mira algo de cerca o de lejos. Marque con un círculo el comportamiento que hayas observado.	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
3. Sostiene un objeto muy cerca de sus ojos (dentro de 1-4 pulgadas) cuando lo mira.	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
4. Tiene problemas para ver objetos pequeños como un pedazo de pelusa o un pequeño trozo de cereal que queda en una bandeja o mesa.	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
5. Frunce el ceño, entrecierra los ojos o cubre un ojo cuando mira algo a una distancia cercana o lejana.	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
6. Parece estar mirando por encima, por debajo o al lado de personas u objetos en lugar de mirarlos directamente.	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
7. Muestra más interés en mirar las luces o ventanas que en mirar a las personas o los juguetes.	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
8. Lucha por reconocer a las personas conocidas antes de escuchar sus voces.	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
9. Reconoce un juguete familiar solo después de tocarlo o escucharlo.	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
10. Sólo ve un objeto cuando está separado de otros elementos. Por ejemplo, no se puede encontrar un juguete específico cuando está entre otros objetos.	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
11. Observa a las personas, mascotas u objetos solo cuando se están moviendo.	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
12. Mira hacia otro lado cuando se acerca a un objeto cercano.	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
13. Alcanza por encima o por debajo de algo cuando están tratando de agarrarlo.	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

Responda las siguientes declaraciones para niños de 12 meses o más

14. Tiene dificultad para detectar un cambio en la superficie de un piso, como de baldosas a alfombras.	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
15. Con frecuencia tropieza con objetos o choca con cosas que están en su camino. Duda o se pierde al detectar un escalón o un bordillo.	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
16. Evita mirar o apuntar imágenes en libros o en una pantalla.	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
17. Tiene dificultades para encontrar pequeños detalles en las imágenes (por ejemplo, cuando se le pide que señale la nariz de un perro).	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
18. Tiene dificultades para ver o señalar algo que está a más de 6 metros de distancia, como un perro al otro lado de la calle o un avión que pasa por encima.	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

Preocupaciones del cuidador

¿Tiene alguna preocupación sobre la visión de su hijo que no se abordó en las preguntas anteriores?
En caso afirmativo, sírvase describirlo.

Próximos pasos:

Por favor, devuelva este cuestionario a la dirección de correo electrónico a continuación antes de su Evaluación de Intervención Temprana. Si no puede enviar por correo electrónico el cuestionario completado, llévelo con usted a su Evaluación de Intervención Temprana programada.

Para ser completado por el profesional de la revisión de la visión - ¿cuándo se completó el cuestionario de los padres?

NO Evaluación

IFSP (revisión inicial, anual y periódica)

Otro

Referencias:

Departamento de Educación de Colorado (2005). *Pautas de detección visual: Niños desde el nacimiento hasta los cinco años*.

Enseñar CVI (2020). *Lista de exámenes de detección para niños con sospechas de discapacidad visual cerebral (CVI) / Lista de exámenes CVI 1*. Haga clic [AQUI](#) para ver el documento.

Topor, I. (2004). *Agudeza visual funcional aproximada para diferentes tamaños de objetos y distancias*. Chapel Hill, NC: Centro de Capacitación de Intervención Temprana para Bebés y Niños Pequeños con Discapacidades Visuales, FPG Child Development Institute, UNC-CH.