

**Examen de visión – Hasta la edad de 3 años**  
**Resultados del examen de vista y pasos a seguir por el cuidador/a**

Profesional a cargo de examinación:		Fecha de examen:	
Nombre del niño/a:		Fecha de Nacimiento:	

**Resultados del examen de vista y pasos a seguir:**

<input type="checkbox"/>	<p><b>Sin acción requerida hasta el momento.</b> Reexaminar anualmente o si existe alguna duda respectiva.</p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>No hay problemas de la vista observadas. De todas maneras, ciertos factores de riesgo pueden estar presentes, por ejemplo: historial o antecedente familiar, y/o factor de riesgo médico.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proveer hitos cronológicos del desarrollo específicos, respecto a la visión, para que los cuidadores puedan utilizarlos como referencia.</li> <li>• Ante cualquier duda o consulta, llamar al médico pediatra oftalmológico.</li> <li>• Reexamine anualmente.</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	<p><b>Preocupación relacionada con la visión es observada.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Describir preocupaciones (utilizar el dorso de esta hoja en el caso de requerir mayor espacio para escribir): _____</li> <li>• Contactar a pediatra oftalmológico para proceder con su seguimiento.</li> <li>• Consultar a un Profesor de Intervención Temprana para Discapacidades Visuales.</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	<p><b>URGENTE preocupación es observada.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Describa urgencia observada (utilizar el dorso de esta hoja en el caso de requerir mayor espacio para escribir): _____</li> <li>• Contactar a pediatra oftalmológico para proceder con su <b>inmediato</b> seguimiento.</li> <li>• Consultar a un Profesor de Intervención Temprana para Discapacidades Visuales:</li> </ul>

**Devolver este documento al cuidador/a una vez concluida la examinación.**