



EXAMEN DE LA VISTA

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha del examen: _____

Nombre del padre, de la madre o del tutor: _____

Nombre de la persona que completa este formulario: _____

Relación con el niño si no es ninguno de sus padres ni su tutor: _____

Responde estas preguntas y explica si es necesario.

¿Tu hijo alguna vez consultó a un especialista de la vista? Sí No

Nombre: _____ Fecha: _____

Resultados obtenidos: _____

¿Tu hijo presenta alguna de las siguientes afecciones?

1. Tiene estrabismo de uno o ambos ojos. Sí No _____

Hacia la nariz (convergente) Hacia afuera (divergente) Hacia la nariz y hacia afuera en diferentes momentos

2. Se toca, frota o tapa los ojos constantemente. Sí No _____

3. Tiene lagrimeo poco común y constante. Sí No _____

4. Tiene pequeños temblores o movimientos espasmódicos en los ojos. Sí No _____

5. Hace poco o casi nada de contacto visual. Sí No _____

6. Inclina la cabeza o la sostiene en un ángulo que no es normal. Sí No _____

7. Se acerca demasiado a los juguetes o a los libros para poder verlos. Sí No _____

8. Está inquieto o no demuestra interés durante la hora de la ronda o de cuentos. Sí No _____

9. Evita mirar rostros u objetos que se encuentran dentro de un rango de 24" (61 cm) de su rostro.
 Sí No

Cuando mira hacia delante, ¿tu hijo no distingue objetos o personas dentro de un determinado campo de visión?

A su derecha Sí No _____

A su izquierda Sí No _____

Por debajo de su mirada Sí No _____

Por encima de su mirada Sí No _____

Examen de la vista, página 2

Nombre del niño _____

¿Tu hijo se choca con objetos? Sí No _____
¿Habitualmente se choca con objetos más de un lado que del otro?
Izquierda Sí No _____
Derecha Sí No _____

¿Se cae con frecuencia? Sí No

¿Usa la vista lateral para observar objetos en lugar de mirarlos directamente?
 Sí No _____

¿Tiene dificultades para moverse o mantener el equilibrio?
 Sí No _____

¿Se le suelen caer objetos (es decir, vasos) o volcar su contenido al cogerlos?
 Sí No _____

Cuando intenta tomar objetos, ¿no llega a la distancia adecuada o se pasa de ella?
 Sí No _____

Cuando mueves objetos frente a tu hijo, ¿observa el objeto durante todo el recorrido de un lado al otro?
 Sí No _____

¿Alguna vez te has preguntado si tu hijo puede tener problemas de la vista? Sí No

¿Alguno de los padres o hermanos de tu hijo tiene problemas de la vista? Sí No

Comentarios adicionales:

Nombre en letra de imprenta la persona encargada del examen

Firma de la persona que encargada del examen

Si respondiste "sí" a cualquiera de los puntos anteriores, los resultados deben enviarse, con el permiso de los padres, al proveedor de atención primaria del niño junto con una carta de presentación.