

CUESTIONARIO DE LA VISIÓN (NIÑOS)

Por favor rellene cuidadosamente este cuestionario.
Sería recomendable remitirlo al centro antes de su cita.
Los datos serán tratados con total confidencialidad.

Cita: Fecha _____ Hora: _____

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ años _____ meses.

Domicilio: _____

C.P: _____ Población: _____ Provincia: _____

Nombre de la madre: _____ del padre: _____

Profesión de la madre: _____ del padre: _____

Teléfono fijo: _____ Teléfono Móvil: _____

e-mail: _____

¿Tiene hermanos? ¿Cuántos?: _____

Nombre del colegio: _____

Dirección del colegio: _____

Profesor/tutor: _____ Curso escolar: _____

Responsable del gabinete pedagógico: _____

¿Cómo nos ha conocido? _____

¿Por qué nos ha solicitado consulta? _____

¿Desde cuándo han observado el/los problema/s? _____

HISTORIA MÉDICA

Última revisión médica: Fecha: _____ Pediatra: _____

Motivo de la revisión: _____

Resultados y tratamiento: _____

¿Tiene alergias? ¿Cuál?: _____

¿Ha tomado o toma algún medicamento de forma prolongada? _____

Si la respuesta es SI indique cuál y cuánto tiempo: _____

¿Toma vitaminas o suplementos alimenticios?: _____

¿Para qué problema? _____

¿Alguna reacción fuerte a las vacunas? _____

Enfermedades importantes que ha tenido el niño (incluidas caídas fuertes):

Enfermedad: _____ edad: _____ Gravedad: _____

¿Mocos? ¿Otitis? ¿Dermatitis? ¿Bronquitis? ¿Fiebres altas?

¿Traumatismos craneoencefálicos? ¿Covulsiones?

Tiene alguna enfermedad crónica: _____

¿Se le ha realizado alguna operación? _____

¿Se le ha realizado alguna evaluación neurológica? SI NO

Resultados: _____

¿Se le ha realizado alguna evaluación psicológica? SI NO

Resultados: _____

¿Tiene algún problema dental? _____

¿Lleva aparato dental? _____ ¿Desde cuando? _____ ¿Cuántas horas? _____

¿Lleva plantillas? _____ ¿Desde cuando? _____ ¿Cuántas horas? _____

¿Ha tenido algún accidente? _____ ¿Cuándo? _____ ¿Consecuencias? _____

Historia familiar:

	Paciente	Familiar	Quién		Paciente	Familiar	Quién
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Esclerosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Estrabismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Ambliopía (ojo vago)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Problemas			

Hipertensión _____ de aprendizaje _____
Epilepsia _____ Autoinmune _____

INFORMACIÓN NUTRICIONAL

Alergias alimentarias: SI NO ¿Cuáles? _____

Intolerancias alimentarias: SI NO ¿Cuáles? _____

¿Le gustan los dulces? SI NO ¿Siente ansiedad por los dulces? SI NO
¿Estreñimiento? SI NO ¿Dolor abdominal? SI NO

COMPORTAMIENTO DEL NIÑO@:

Actividad del niño: Poca Normal Moderada Excesiva

Describe rasgos del comportamiento de su hijo que considere importantes: _____

¿Con quien convive el niño? Ambos padres Padre Madre Abuelos Otros

¿Ha pasado por alguna situación traumática? ¿A que edad?: _____

HISTORIA DEL DESARROLLO

Embarazo:

¿Trabajó durante el embarazo? SI NO ¿Cogió baja? SI NO

¿Tuvo algún stress durante el embarazo? SI NO

¿Fue un embarazo a término? SI NO Semana: _____

¿Tuvo la madre algún problema durante el embarazo? _____

Parto: Normal Cesárea Adoptado

Peso al nacer: _____ Talla: _____ Test de Apgar: _____

¿Hubo complicaciones en el parto o inmediatamente después de nacer? _____

Fórceps: SI NO Ventosas: SI NO

Oxígeno: SI NO Incubadora: SI NO

Cráneo asimétrico: SI NO Tto. osteopático: SI NO

¿Tomó pecho / biberón? SI NO ¿Hasta qué edad? Edad: _____

¿El niño@ reptó? (estómago en el suelo): SI NO Edad: _____

¿El niño@ gateó? (sobre las rodillas y manos): SI NO Edad: _____

¿Cuánto tiempo? _____ ¿Cómo hacía? _____

¿Se deslizó sobre el culete? SI NO Edad: _____

¿Le costaba dormirse? SI NO ¿Era rítmico para dormir? SI NO

¿Edad a la que empezó a andar? _____

¿Estuvo mayoritariamente en: suelo, hamaca, parque, andador? _____

¿Cuándo empezaron a darle herramientas: cucharas, ceras...? _____

¿Se decantaba más por una mano que por la otra? _____

¿Es Diestro/zurdo? _____ ¿La madre? _____ ¿El padre? _____

¿Los abuelos? _____ ¿Las abuelas? _____

¿Le cuesta estar sentado y tranquilo en una silla? SI NO

¿Cuándo se sienta a escribir, que posición adopta? _____

¿A qué edad comenzó a hablar? _____ ¿En la actualidad habla bien? _____

¿Mojaba la cama después de los 5 años? SI NO ¿En la actualidad? SI NO

¿Tiene o tuvo problemas para abrocharse los cordones? SI NO _____

¿Tiene o tuvo problemas para aprender a hacer lazos? SI NO _____

¿Tiene o tuvo problemas para coger el lápiz? SI NO _____

¿Tiene o tuvo problemas para saltar a la pata coja? SI NO _____

¿Tiene o tuvo problemas para hacer volteretas? SI NO _____

¿Tiene o tuvo problemas para aprender a nadar? SI NO _____

¿Tiene o tuvo problemas para montar en bici? SI NO _____

¿Tiene o tuvo problemas para aprender a leer? SI NO _____

¿Tiene o tuvo problemas para aprender a escribir? SI NO _____

Composición de la familia y lugar que ocupa _____

Guardería SI NO Inicio de la escolaridad _____

¿Iba al colegio seguro o inseguro? _____

Cambios característicos: _____

¿En qué momento se dieron cuenta de que era zurdo o diestro? _____

HISTORIA VISUAL

Ultima revisión visual: Fecha: _____ Realizada por: _____

Motivo de la consulta: _____

Resultados y tratamiento: _____

Le recomendaron gafas, lentes de contacto u otros: Si No _____

Si es si, ¿cuál? _____

¿Las usa? Si No Si no, ¿Por qué no? _____

Si usa lentillas: ¿Desde cuándo? _____ ¿Cuántas horas? _____

¿Para que actividad las usa? _____ ¿Qué tipo de lentes? _____

¿Ha realizado antes terapia visual? Si No ¿Tiene estrabismo? Si No

Contestar exclusivamente en caso de estrabismo	¿A qué edad se dio cuenta de que torcía un ojo? _____
	¿Comenzó a torcer de repente o gradualmente? _____
	¿Hacia dónde está torcido su ojo? Dentro o Fuera o Arriba o Abajo o
	Con el paso del tiempo, su ojo se ha ido torciendo... Más o Menos o Igual o
	¿Qué ojo está torcido? Derecho o Izquierdo o Ambos o
	¿Siempre es el mismo ojo el que está torcido? Si o No o
	¿Hay algún momento en el que tenga los ojos derechos? Si o No o
	Explique cuándo _____
	Su ojo está más torcido cuando mira... Cerca o Lejos o A la derecha o A la izquierda o Arriba o Abajo o
	¿Tiene una pupila más grande que la otra? Si o No o
¿Ha notado que los ojos se mueven rápidamente? Si o No o	
¿Sale en las fotos con la cabeza torcida? Si o No o	

Miembros de su familia con algún problema sensorial de comportamiento:

Parentesco	Edad	Situación visual
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Motivo por el que necesita un estudio? _____

¿Desde cuándo tiene el problema? _____

¿Ha experimentado algún síntoma de los que se detallan a continuación?

	Si	No	Si es si, ¿Cuándo?
Visión borrosa de lejos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Visión borrosa de cerca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ojos rojos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ardor de ojos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Presenta orzuelos frecuentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tiene ojos llorosos a menudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

	Sí	No	
Siente molestias en los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Siente los ojos cansados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sufre dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Guiña los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Se acerca mucho al papel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Protesta frente a tareas que requieren un esfuerzo mantenido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Parpadea mucho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Se frota los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Se marea en el coche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ve halos alrededor de las luces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Visión doble en lejos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Visión doble en cerca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ladea la cabeza cuando trabaja en cerca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Se tapa un ojo al leer o escribir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cambia mucho de postura al leer o escribir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Necesita luz brillante cuando lee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Necesita luz tenue cuando lee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Pierde el interés y la atención cuando lee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tiene dificultad para estar mucho tiempo leyendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fatiga general o visual al final del día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Se pierde de lugar cuando lee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Repite las palabras cuando lee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lee la misma línea 2 veces seguidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Salta líneas al leer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Omite las palabras cuando lee o escribe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
La comprensión lectora es mala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Conforme avanza la lectura esta empeora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Necesita que se lo lean para aprenderlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Responde mejor oral que por escrito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Le cuesta copiar de la pizarra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Recorre al tacto para explorar os objetos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Usa el dedo para guiarse al leer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mueve la cabeza cuando lee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Se duerme al leer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Le duele la cabeza al leer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
No comprende lo que lee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

	Sí	No	
Mueve los labios cuando lee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Las letras se mueven cuando lee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Le cuesta más expresarse hablando que escribiendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Escribe con dificultad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Borra o tacha constantemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Le cuesta espaciar las letras y las palabras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Es lento al realizar trabajos escritos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tiene mala letra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Invierte letras al escribir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Confunde las letras b por p o r por l	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Aprieta mucho al escribir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tiene un mal rendimiento en deportes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Se tropieza o cae con frecuencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
No le gusta la ropa ajustada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tiene problemas para permanecer sentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Se sienta sobre uno o los dos pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Miedo a la oscuridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hipersensibilidad al tacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hipersensibilidad a la luz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Malas posturas al sentarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dificultad en el equilibrio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hipotonicidad muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dermatitis atópica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Camina de puntillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
No sabe qué va a ocurrir durante el día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Es torpe o descoordinado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dificultad para coger una pelota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
No puede vestirse solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas para coger una pelota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Se tumba sobre la mesa para escribir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mueve la boca cuando escribe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas para hacer un “8”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Poca resistencia ante cualquier tarea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Le cuesta diferenciar la información importante de la que no lo es	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas de atención y concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

	Sí	No	
Introvertido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Pasivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Oscila entre la actividad y la pasividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Actúa por impulsos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas con la previsión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas para relacionarse con otros niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Come sentado sin levantarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tiene dificultades con la memoria a corto plazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tiene dificultades con la memoria a largo plazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
No sabe qué día de la semana es	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Confunde derecha e izquierda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Esta siempre en su mundo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
No puede hacer los deberes solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Los deberes son motivo de discusión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Se frustra fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
No quiere ir al colegio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Muestra inteligencia en muchos ámbitos excepto en el colegio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dificultades al hacer problemas de matemáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dificultades en el cálculo mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Se tapa los oídos cuando hay mucho ruido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
No le gusta estar en lugares ruidosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Se asusta con facilidad antes sonidos inesperados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tiene problemas para entender instrucciones verbales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Confunde palabras que tienen un sonido parecido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Es lento a la hora de responder a una pregunta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Responde ¿qué? Cuando le preguntas algo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tiene problemas para localizar la fuente sonora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tiene un vocabulario pobre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tiende a hacer muchos gestos cuando habla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

	Sí	No	
Le cuesta expresar sus ideas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Habla muy fuerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
No le gustan los ambientes con mucha gente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Se enfada en ambientes ruidosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Comentarios sobre cualquier ítem marcado anteriormente: _____

ESTUDIOS

¿A qué edad empezó a aprender a leer? _____ ¿Tuvo dificultades? _____

¿Le gusta a su hijo ir al colegio? Si No ¿Por qué no? _____

¿Ha cambiado su hijo de colegio? Si No ¿Por qué? _____

¿Ha repetido algún curso? Si No ¿Por qué? _____

¿Cuál es el rendimiento de su hijo en el colegio? Muy bueno Malo Normal

¿Cuántas horas tarda en hacer los deberes cada tarde? _____

¿Se esfuerza en hacer los deberes o trata de evitarlos? _____

¿Es autónomo o necesita de sus padres para hacer los deberes? _____

¿Le gusta leer? _____ ¿Lo hace voluntariamente o solo lee lo que le mandan en el colegio? _____ ¿si lee, que le gusta leer? _____

Describe el rendimiento académico de su hijo en las diferentes asignaturas.

Lengua	En la media <input type="checkbox"/>	Por encima <input type="checkbox"/>	Por debajo <input type="checkbox"/>
Matemáticas	En la media <input type="checkbox"/>	Por encima <input type="checkbox"/>	Por debajo <input type="checkbox"/>
Conocimiento	En la media <input type="checkbox"/>	Por encima <input type="checkbox"/>	Por debajo <input type="checkbox"/>
Ingles	En la media <input type="checkbox"/>	Por encima <input type="checkbox"/>	Por debajo <input type="checkbox"/>
Educación física	En la media <input type="checkbox"/>	Por encima <input type="checkbox"/>	Por debajo <input type="checkbox"/>
Lectura	En la media <input type="checkbox"/>	Por encima <input type="checkbox"/>	Por debajo <input type="checkbox"/>
Escritura	En la media <input type="checkbox"/>	Por encima <input type="checkbox"/>	Por debajo <input type="checkbox"/>

¿Cree que su hijo tiene más capacidad de la que demuestra en el colegio? _____

¿Usa ordenador o videoconsolas en su ocio? Si No

¿Cuántas horas al día pasa frente al ordenador? _____

¿Cómo siente sus ojos después de trabajar con el ordenador? _____

¿Dónde está la pantalla? Frente a sus ojos A la derecha A la izquierda

¿Qué tipo de compensación óptica utiliza con el ordenador?

Gafas Lentes de contacto Otros: _____

Explique cualquier problema que tenga con sus gafas o lentillas al trabajar con el ordenador: _____

¿Cuántas horas pasa diariamente leyendo, escribiendo o estudiando? _____

Describa brevemente su actividad trabajando en cerca: _____

OCIO Y TIEMPO LIBRE

Explique qué tipo de actividades hace en su tiempo libre: _____

¿Ve televisión? Si No ¿Cuántas horas al día? _____

¿Qué deporte es el que practica mejor? _____

Gracias por completar cuidadosamente este cuestionario. La información provista permitirá un uso más eficaz del tiempo y nos permitirá realizar una evaluación más completa para conocer mejor sus necesidades visuales específicas.

Los datos indicados en el presente formulario será utilizados única y exclusivamente para realizar el diagnóstico adecuado del paciente, y quedarán almacenados en nuestros archivos cuyo titular es GAGASUN SL, AVENIDA DE GALICIA 29, RIBADEO (LUGO).

Podrá ejercer sus derechos A.R.C.O. utilizando los siguientes medios de contacto: enviando un correo electrónico a INFO@COCRIBADEO.COM, o llamando al teléfono 982 130 499.