Nombre: Fecha de nacimiento:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Pregunta** | **Sí** | **No** | No está seguro |
| **1.**  | ¿Están los padres preocupados acerca de la visión del niño?Describa: |  |  |  |
| **2.** | ¿Tiene el niño un síndrome o diagnóstico médico conocido?Describa: |  |  |  |
| **3.** | ¿Fue un bebé prematuro? |  |  |  |
| **4.** | ¿Ha visto a un oftalmólogo?Nombre del médico:Resultados: |  |  |  |
| **5.** | ¿Usa anteojos? |  |  |  |
| **6.** | ¿Tiene un ojo tapado en algún momento del día? |  |  |  |
| **7.** | ¿Tiene algún movimiento ocular inusual?Describa: |  |  |  |
| **8.** | ¿Se le tuerce el ojo hacia adentro o hacia afuera? |  |  |  |
| **9.** | ¿Carece de respuesta de parpadeo? |  |  |  |
| **10.** | ¿Tiene una respuesta inusual a la luz? |  |  |  |
| **11.** | ¿No logra mirar hacia el objeto que está tratando de alcanzar? |  |  |  |
| **12.** | ¿Tiene problemas con la distancia a la que se encuentran los objetos que desea alcanzar? |  |  |  |
| **13.** | ¿Se frota o mete los dedos en los ojos? |  |  |  |
| **14.** | ¿Le lloran los ojos frecuentemente? |  |  |  |
| **15.** | ¿Tiene alguna posición inusual de la cabeza? |  |  |  |
| **16.** | ¿Tiene dificultad para reconocer a los adultos u objetos familiares al otro lado de la habitación? |  |  |  |
| **17.** | ¿Parece ser torpe, llevarse puertas o paredes por delante o tener dificultad con una variedad de superficies? |  |  |  |
| **18.** | ¿Parece indeciso de moverse en lugares no familiares? |  |  |  |

Comentarios adicionales:

Formulario completado por: Fecha:

*Después de completar esta lista de control, si alguna de las preguntas recibió una respuesta afirmativa, tome este formulario del equipo del niño para determinar si debería ser referido a un profesional de atención de la salud, un oftalmólogo o un optometrista.*