



Western University Eye Care Center

795 E. Second St., Pomona, CA 91766

909-706-3899

Nombre _____ Fecha nac.: _____ Fecha _____

Dirección _____ Teléfono _____

Nombre de la madre _____ Nombre del padre _____

Grado: _____ Nombre del maestro: _____

Nombre y dirección de la escuela: _____

Remitido por _____

Esta es su oportunidad para que nos hable de todas las preocupaciones que tiene sobre la vista de su hijo.

¿Cuál es la razón principal por la que vino? _____

Fecha del último examen de ojos de su hijo _____

¿Su hijo ha usado alguna vez anteojos? Sí No ¿Actualmente usa anteojos? Sí No

Si es así, los usa su hijo: solo para ver de lejos para ver de cerca los usa todo el tiempo

¿Su hijo usa lentes de contacto? Yes No ¿Algún problema? _____

¿Su hijo alguna vez ha recibido terapia ocular? Sí No

HISTORIAL MÉDICO: Marque cualquier condición que corresponda a su hijo o que ocurra en su familia.

- | | | | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------------|------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| Alergias | <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Familia | Ojo perezoso | <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Familia |
| Enfermedades respiratorias | <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Familia | Estrabismo | <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Familia |
| Cáncer | <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Familia | Daltónico | <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Familia |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Familia | Sensible a la luz | <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Familia |
| Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Familia | Vista cansada | <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Familia |
| Hipertensión | <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Familia | Ojos secos | <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Familia |
| Tiroides | <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Familia | Cuerpos flotantes/ puntos | <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Familia |
| Migraña o dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Familia | Centellos | <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Familia |
| Ceguera | <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Familia | Desprendimiento de retina | <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Familia |
| Traumatismo craneal | <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Familia | Cataratas | <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Familia |
| Convulsiones | <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Familia | Glaucoma | <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Familia |
| | | | Cirugía ocular o lesión | | _____ |

¿Su hijo está actualmente bajo cuidado médico? Sí No ¿Por qué? _____

Nombre del pediatra _____ Fecha del último examen físico de su hijo _____

¿Qué medicamentos, si es el caso, está tomando su hijo y para tratar qué? _____

¿Su hijo es alérgico a algún medicamento? _____

¿Cómo está la salud de su hijo en general? _____

¿Alguna enfermedad anterior, caídas graves o fiebres altas? Sí No

¿Qué tipo de enfermedad fue y cuándo ocurrió? _____

¿Alguien en su familia tiene algún problema de aprendizaje? Sí No Si es así, ¿quién? _____

Logros en el desarrollo

- ¿Embarazo a término? Sí No ¿Nacimiento normal? Sí No Peso al nacer _____
- ¿Alguna complicación antes, durante o inmediatamente después del parto? Sí No
- Por favor descríbala _____
- ¿Su hijo se arrastraba (con el estómago sobre el suelo)? Sí No ¿a qué edad? _____
- ¿Su hijo gateaba (sin tocar el suelo con el estómago)? Sí No ¿a qué edad? _____
- ¿A qué edad caminó su hijo? _____ ¿Su hijo era activo? Sí No
- Habla: Primeras palabras a la edad de _____ ¿El lenguaje en los primeros meses era claro para los demás? Sí No
- ¿El lenguaje de su hijo es actualmente claro? Sí No
- ¿A su hijo se le ha diagnosticado el espectro autista? Sí No
- ¿Se le ha realizado una evaluación neurológica? Sí No
- ¿Se le ha realizado una evaluación OT/SPEECH/PT? Sí No Si es así, ¿por quién? _____
- ¿Recomendación recibida? _____

Problemas de la vista relacionados con la escuela: Preguntas para padres:

- ¿Alguno de sus hijos ha tenido problemas en la escuela? Sí No
- Por favor describa _____
- ¿A su hijo le gusta la escuela? Sí No
- ¿Ha repetido algún grado? Sí No Si es así, ¿cuál grado y por qué? _____
- ¿Su hijo parece estresarse cuando hace su trabajo escolar? Sí No
- ¿Su hijo ha recibido asesoría, terapia o asistencia remedial? Sí No ¿Cuándo? _____
- ¿Dónde? _____ ¿Dada por? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____
- En cuáles materias está su hijo:
 Arriba del promedio _____ En el promedio _____ Debajo del promedio _____
- ¿Siente que su hijo está esforzándose a su máximo potencial? Sí No
- ¿El maestro siente que su hijo está esforzándose a su máximo potencial? Sí No
- ¿Su hijo tiene un IEP (Servicio de educación especial)? Sí No

Marque la columna que mejor represente la frecuencia con la que se presenta cada síntoma cuando su hijo lee.

| | NUNCA | No con frecuencia – infrecuente | A VECES | Con bastante frecuencia | SIEMPRE |
|--|-------|---------------------------------|---------|-------------------------|---------|
| Puntuación | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. ¿Siente que sus ojos se cansan cuando lee o cuando hace trabajo de cerca? | | | | | |
| 2. ¿Siente incomodidad en los ojos cuando lee o cuando hace trabajo de cerca? | | | | | |
| 3. ¿Tiene dolores de cabeza cuando lee o hace trabajo de cerca? | | | | | |
| 4. ¿Tiene sueño cuando lee o hace trabajo de cerca? | | | | | |
| 5. ¿Pierde la concentración cuando lee o hace trabajo de cerca? | | | | | |
| 6. ¿Tiene dificultad para recordar lo que ha leído? | | | | | |
| 7. ¿Tiene visión doble cuando lee o hace trabajo de cerca? | | | | | |
| 8. ¿Ve que las palabras se mueven, saltan, nadan o parecen flotar en la página cuando lee o hace trabajo de cerca? | | | | | |
| 9. ¿Siente que lee lentamente? | | | | | |
| 10. ¿Le duelen los ojos cuando lee o cuando hace trabajo de cerca? | | | | | |
| 11. ¿Alguna vez siente que sus ojos están adoloridos cuando lee o cuando hace trabajo de cerca? | | | | | |
| 12. ¿Tiene una sensación de “tirones” alrededor de los ojos? | | | | | |
| 13. ¿Ha notado que las palabras están borrosas o que se enfocan y desenfocan cuando lee o hace trabajo de cerca? | | | | | |
| 14. ¿Pierde su lugar cuando lee o hace trabajo de cerca? | | | | | |
| 15. ¿Tiene que volver a leer la misma oración de palabras cuando lee? | | | | | |
| Total | | | | | |

¿Cómo reacciona su hijo a la fatiga? Es remolón Se irrita Se emociona

Otra reacción _____

¿Cómo reacciona su hijo a la tensión? Es reservado Se muerde las uñas (ansiedad) Se enoja

Otra reacción _____

¿Su hijo tiene problemas conductuales en la escuela? _____

¿Su hijo tiene problemas conductuales en casa? _____

¿Su hijo está en movimiento constante? Sí No

¿Su hijo puede estar sentado durante largos períodos de tiempo? Sí No

¿A su hijo le gusta leer? Sí No ¿Su hijo lee voluntariamente por placer? Sí No

RECREACIÓN Y TIEMPO LIBRE: ¿En cuáles actividades recreacionales participa su hijo?

Lectura Béisbol Basquetbol Fútbol Natación Construye modelos Costura Danza
 Actuación Toca un instrumento

¿Otras actividades recreacionales o deportivas? _____

¿Su hijo usa anteojos protectores para el deporte? Sí No

¿Su hijo ve mucha televisión? Sí No Número de horas al día _____

¿Su hijo usa una computadora en casa? Sí No Número de horas al día _____

¿Su hijo usa una computadora en la escuela? Sí No Número de horas al día _____

¿Su hijo juega frecuentemente con video juegos? Sí No Número de horas al día _____

¿Juega con video juegos portátiles? Sí No Tipo de pantalla Brillante Opaca

LA FAMILIA Y EL HOGAR:

¿Con cuáles adultos vive su hijo?

Madre Padre Madrastra Padrastro Padres temporales Madre adoptiva Padre adoptivo

Abuela Abuelo Tía Tío Otros

Nombres y edades de los niños con los que vive su hijo _____

¿Su hijo ha pasado alguna vez por una situación familiar traumática?

Divorcio Separación Pérdida de uno de los padres Enfermedad de uno de los padres Otro

En este momento, ¿la vida familiar de su hijo es estable? Sí No

Describe a su hijo como persona: _____

Por el presente autorizo al Eye Care Center a que proporcione una evaluación y tratamiento médico.

Además, autorizo al Eye Care Center a que recete medicamentos, ordene radiografías y/o análisis de laboratorio, u otros servicios auxiliares recomendables.

Firma del padre/la

madre _____ Fecha _____