

Cuestionario de síntomas de visión

Departamento de Salud de Utah conforme a la Sección 53G-9-404 del Código Anotado de Utah (UCA)

<p><i>Se requiere que la maestra/o complete este formulario, si el o la estudiante no logra el nivel de progreso de grado (benchmark) en la evaluación de lectura (1° a 3° grados) o se envía a los servicios de educación especial con relación a un problema o discapacidad del aprendizaje específico. Además, el padre/s puede completar este formulario, si tiene una preocupación de visión del hijo/a. Cuando esté terminado, por favor entregue este formulario a la enfermera escolar* para recibir una evaluación de parte 2 y el envío posible a un profesional de cuidado de la vista.</i></p>			
Nombre del estudiante:		Fecha de envío:	
Escuela:		Grado:	
Maestra/o:			
Nombre y posición o cargo de la persona que completa el formulario:			
¿Usa el estudiante lentes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<i>Si responde que "sí" a una de las áreas debajo, por favor ofrezca detalles de información en la sección de comentario/s.</i>	Sí	No	Comentario/s
1. Como maestra/o o padre/s, ¿está usted preocupado/a por la visión de este estudiante?			
Síntomas aparentes	Sí	No	Comentario/s
2. Inclina la cabeza, entrecierra el ojo/s, cierra o se cubre un ojo cuando está leyendo			
3. Problema/s al mirar, ojos hacia adentro o afuera, estrabismo, ojo/s se mueven de un lado a otro			
4. Pupila/s u ojo/a de tamaño diferente			
5. Ojos llorosos, ojos parecen nublados o brumosos			
Síntomas de la queja (expresiones del o la estudiante)	Sí	No	Comentario/s
6. Las palabras flotan, se mueven o saltan alrededor cuando está leyendo			
7. Se queja de dolor de cabeza, mareo o náusea cuando está leyendo (por favor especifique)			
8. Se queja de picazón, quemazón u ojos ásperos o con picazón (favor especificar)			
9. Se queja de visión nublada o doble o sensibilidad a la luz o dificultad para ver (favor especificar):			
10. Historia de lesión a la cabeza con quejas de visión			
Síntomas de conducta	Sí	No	Comentario/s
11. Cuando lee, pierde el lugar en la lectura			
12. Cuando lee, se saltea o deja atrás palabras pequeñas			
13. Escribe hacia arriba o hacia abajo; tiene dificultad para escribir en línea recta			
14. Tiene dificultad para copiar de la pizarra (pizarrón)			
15. Evita tareas de cerca, tal como la lectura o la escritura			
16. Tiene dificultad para alinear los números cuando trabaja en matemáticas			
17. Tiene dificultad para terminar las asignaciones a tiempo			
18. Sostiene el libro/s muy de cerca; se inclina muy cerca a la pantalla de la computadora			
19. Es torpe; se golpea contra las cosas; golpea y da vuelta las cosas			
Otra/s preocupación/es de visión:			

For School Nurse Use Only:	
Any parent or teacher concern and/or any 'yes' answers should be evaluated by the school nurse to determine if tier 2 screening or referral to an eye care professional is necessary.	
School nurse should use their professional nursing judgement in determining whether the student receives a tier 2 vision screening and/or is referred to an eye care professional, regardless of the answers.	
Distance vision screened: <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail (refer)	Near vision screened: <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail (refer)
Eye Focusing or tracking screened? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ↓ <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail (refer)	Convergence screened? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ↓ <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail (refer)
Referred to eye care professional: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Date:
Notes:	
School Nurse Name:	
School Nurse Signature:	Date:

*For Schools without a School Nurse or other approved tier 2 vision screener:		
Schools without a school nurse should have a 'Designated Vision Point-Person' responsible for referring any vision concerns. <i>This person should not perform a tier 2 vision screening</i> , but instead should refer any vision concerns to an eye care professional for a complete eye exam. The Designated Vision Point-Person should evaluate any Symptoms Questionnaires and follow the instructions below. This point-person is also responsible for filing the required Vision Screening Annual Report to UDOH by June 30th each year.		
On any question 1-19	If all answers are 'no'	No referral is necessary
On questions 1-10	If one or more answers are 'yes'	Refer to eye care professional
On questions 11-19	If two or more answers are 'yes'	Refer to eye care professional
Distance vision screened: ↓ <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail (refer)	Referred to eye care professional: ↓ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Date:
Notes:		
Designated Vision Point-Person name:		
Signature:	Date:	