

Historial de la Vista y el Oído del Niño(a) | Cuestionario Adicional para Padres/Tutores

Nombre del niño(a): _____

Nombre del Padre/Madre/Tutor: _____

Fecha _____

Preguntas sobre la vista: Su hijo(a)... Ha notado...

Descripción	Si	No
Sospecha que hay un problema con los ojos/la vista de su hijo(a)		
Ha sido diagnosticado con una condición visual		
Ha observado algún problema con el blando de los ojos, las pupilas, los parpados, las pestañas, o el área alrededor del ojo		
Muestra signos de sensibilidad a la luz o mareos		
Se ha quejado de náuseas o dolores de cabeza		
Gira solo un ojo (hacia la derecha, izquierda, arriba, o abajo)		
Se toca los ojos o se los frota con frecuencia		
Parpadea demasiado		
Inusualmente lagrimea o desprende secreción de los ojos		
No hace mucho contacto visual		
Cubre o cierra un ojo para mirar algo que le interesa		
Postura anormal de la cabeza, como inclinar la cabeza hacia un lado o moverse hacia adelante o hacia atrás al ver un objeto de interés		
Esfuerza su vista para mirar		
Coloca la cabeza cerca de un objeto de interés		
Inexactitud para alcanzar un objeto de interés		
Nació antes de las 32 semanas		
Algún familiar directo tuvo problemas de los ojos/la vista que requirió tratamiento durante la edad temprana (antes de los seis años) como usar lentes o ambliopía		

Preguntas sobre el oído: Su hijo(a)...

Descripción	Si	No
Se queja de que está lleno, del ruido, o el dolor de oídos		
Tiene drenaje líquido del oído		
Se queja de no poder escuchar		
Se jala de la oreja		
No está atento(a) a la conversación, pregunta/necesita que se le repita		
Mira los labios de quien está hablando		
Demuestra esfuerzo al escuchar		
Habla muy fuerte o muy bajo		
Tiene dificultades con el habla		
Tiene algún familiar que ha perdido la audición del oído permanentemente en la infancia		