

# Entrevista para el padre/cuidador

Para alumnos que son ciegos o que tienen daño visual

Nombre del alumno/a: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Padre/cuidador: \_\_\_\_\_

Email del padre: \_\_\_\_\_ celular del padre: \_\_\_\_\_

## Información médica

¿Cuál es su entendimiento del impedimento visual de su hijo/a? \_\_\_\_\_

¿Tiene un historial de ataques epilépticos? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Qué lo causa? \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a toma medicamentos? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuál(es)? \_\_\_\_\_

Si su hijo/a ha sido recetado anteojos, ¿los usa? \_\_\_\_\_

Si su hijo/a ha sido recetado dispositivos para la baja visión, ¿los usa? \_\_\_\_\_

## Respuesta visual

¿Cuáles tipos de cosas parece que tu hijo/a ve?

Tu cara.....Sí  No  ¿Qué tan lejos? \_\_\_\_\_

Juguetes favoritos.....Sí  No  ¿Qué tan lejos? \_\_\_\_\_

Un objeto o acción durante un juego favorito.....Sí  No  ¿Qué tan lejos? \_\_\_\_\_

Comidas o bebidas .....Sí  No  ¿Qué tan lejos? \_\_\_\_\_

Un adulto moviéndose por el salón.....Sí  No  ¿Qué tan lejos? \_\_\_\_\_

TV, Ventanas.....Sí  No  ¿Qué tan lejos? \_\_\_\_\_

Puerta abierta.....Sí  No  ¿Qué tan lejos? \_\_\_\_\_

Luces prendidas o apagadas .....Sí  No

¿Cuál es el objeto más pequeño que parece que tu hijo/a puede ver? \_\_\_\_\_

¿Qué te hizo pensar que él/ella lo vio? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el objeto más pequeño que has visto que trató de recoger? \_\_\_\_\_

¿Te has dado cuenta de que su hijo/a acerca objetos a él/ella para verlos? Sí  No  ¿Qué tan cerca? \_\_\_\_\_

¿Qué tan cerca coge los objetos pequeños? Sí  No  ¿Qué tan cerca? \_\_\_\_\_

¿Cuáles tipos de cosas parece que su hijo no ve, o tiene dificultades viendo? \_\_\_\_\_

¿Qué dice su hijo/a o qué hace que te indica que tiene problemas para ver algo? \_\_\_\_\_

¿Hay ocasiones cuando su visión es mejor? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

Si su hijo/a ha sido diagnosticado con ceguera, ¿piensas que él/ella puede ver? \_\_\_\_\_

¿Sientes que hay algunas áreas del campo visual de su hijo/a que son mejor que los demás? \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a siente fatiga visual? \_\_\_\_\_



**Reacción a la iluminación**

- ¿Qué tipo de iluminación función mejor para tu hijo/a? \_\_\_\_\_
- ¿Su hijo/a es sensible a las luces brillantes? \_\_\_\_\_
- ¿El resplandor de superficies brillosas molesta a su hijo/a? \_\_\_\_\_

**Durante las actividades de la vida diaria**

- ¿Cómo usa su hijo/a su visión durante el tiempo de comer? \_\_\_\_\_
- ¿Tiene dificultades para encontrar o saber lo que tiene en el plato? \_\_\_\_\_

**Durante las interacciones sociales**

- ¿Cómo usa su visión para interactuar con los adultos y hermanos/compañeros? \_\_\_\_\_

**Durante juegos y tiempo libre**

- ¿A su hijo/a le gusta jugar juegos en computadora o videojuegos? \_\_\_\_\_
- ¿A su hijo/a le gusta mirar o leer libros? \_\_\_\_\_
- ¿Cuál es el tamaño de los dibujos y el texto que le gusta leer/mirar? \_\_\_\_\_

**Movilidad y viajar**

- ¿Alguna vez tu hijo/a tuvo problemas para andar/moverse en la oscuridad?..... Sí \_\_\_ No \_\_\_  
En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_
- ¿Tiene problemas con la luz brillante? .....Sí \_\_\_ No \_\_\_  
En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_
- ¿Cómo se adapta a los diferentes niveles de iluminación? \_\_\_\_\_
- ¿Su hijo/a tiene dificultades para andar/moverse en entornos desconocidos?.....Sí \_\_\_ No \_\_\_  
En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_
- ¿Su hijo/a tiene problemas para andar/viajar independientemente al aire libre?.....Sí \_\_\_ No \_\_\_
- ¿Cómo usa su visión para andar por el hogar? \_\_\_\_\_
- ¿Cómo usa su visión para moverse por el jardín/patio de recreo? \_\_\_\_\_
- ¿Cómo usa su visión para moverse por los escalones/banquetas(bordillos)? \_\_\_\_\_

**Notas adicionales**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

