

# Óptica Clar de Llum-St. Vicenç dels Horts

## CUESTIONARIO DE LA VISION PARA NIÑOS

### INFORMACION GENERAL

¿Fue usted referido a nuestro gabinete?      Sí                      No

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_ Tfno: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_ Tutor(a): \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño miedo a los doctores? \_\_\_\_\_

Mano dominante: derecha o izquierda? \_\_\_\_\_

Motivo principal de la consulta

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### HISTORIA MÉDICA

Fecha última evaluación: \_\_\_\_\_ ¿por qué razón? \_\_\_\_\_

Estado actual del niño(a): \_\_\_\_\_

Medicamentos que usa actualmente, incluyendo vitaminas y suplementos: \_\_\_\_\_

Mencione las enfermedades, alergias, caídas fuertes, fiebres altas,...y a qué edad:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Su niño, ¿está generalmente saludable?      Sí                      No

Si es no, explique: \_\_\_\_\_

¿Tiene algún problema crónico como infección de oído, asma, fiebre alta, alergias?

Si                      No                      ¿cuál?: \_\_\_\_\_

¿Se le ha realizado alguna evaluación neurológica?      Sí                      No

¿por quién? \_\_\_\_\_ Resultados y recomendaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Se le ha realizado alguna evaluación de terapia visual?      Sí                      No

¿Por quien?: \_\_\_\_\_ Resultados y recomendaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuenta con algún historial de lo siguiente? Haga una cruz en lo afirmativo

Diabetes

Problema cromosomal

Presión arterial

Ambliopía (ojo vago)

Epilepsia

ojo cruzado

glaucoma

problemas de aprendizaje

esclerosis múltiple

otra



# Óptica Clar de Llum-St. Vicenç dels Horts

---

## COMPORTAMIENTO GENERAL

¿Tiene problemas de comportamiento en la escuela?	Sí	No	
Si es Sí, ¿cuál? _____			
¿Tiene problemas de comportamiento en casa?	Sí	No	
Si es Sí, ¿cuál? _____			
¿Su niño(a) dice y/o hace cosas impulsivamente?	Sí	No	
¿Está su niño(a) en movimiento constante?	Sí	No	
¿Puede su niño(a) mantenerse sentado por largos periodos	Sí	No	
SU NIÑO, ¿PRESENTA ALGO DE LO SIGUIENTE? TACHE LA RESPUESTA.			¿CUÁNDO?

Dolor de cabeza	SI	NO	_____
Visión doble	SI	NO	_____
Ojos cansados	SI	NO	_____
Se le mueven las palabras del libro	SI	NO	_____
Mareos por movimiento/en coche	SI	NO	_____
Vértigos	SI	NO	_____
Ojos frecuentemente enrojecidos	SI	NO	_____
Frotamiento frecuente de los ojos	SI	NO	_____
Frecuentes orzuelos	SI	NO	_____
Frunce el ceño	SI	NO	_____
Incomodidad a la luz	SI	NO	_____
Parpadeo frecuente	SI	NO	_____
Cierra o se tapa un ojo	SI	NO	_____
Dificultad para ver objetos de lejos	SI	NO	_____
Acerca su cabeza al papel de cerca	SI	NO	_____
Evita la lectura	SI	NO	_____
Prefiere que le lean	SI	NO	_____
Ladea la cabeza al leer/escribir	SI	NO	_____
Mueve la cabeza cuando lee	SI	NO	_____
Confunde o invierte letras o palabras	SI	NO	_____
Confunde derecha e izquierda	SI	NO	_____
Salta, re-lee u omite palabras	SI	NO	_____
Pierde el lugar mientras lee	SI	NO	_____
Vocaliza silenciosamente cuando lee	SI	NO	_____
Lee lentamente	SI	NO	_____
Usa su dedo como un indicador	SI	NO	_____
Baja comprensión lectora	SI	NO	_____
Escribe o estampa pobremente	SI	NO	_____
Escribe cuidadosamente pero lento	SI	NO	_____
No apoya sobre el papel para escribir	SI	NO	_____
Postura torpe o inmadura para sostener el lápiz	SI	NO	_____
Errores frecuentes	SI	NO	_____
Se cansa fácilmente	SI	NO	_____
Dificultad para copiar de la pizarra	SI	NO	_____
Dificultad para conocer alguna palabra en distinta página	SI	NO	_____
Vocabulario pobre	SI	NO	_____
Dificultad con la memoria	SI	NO	_____

# Óptica Clar de Llum-St. Vicenç dels Horts

Recuerda mejor lo que oye que lo que ve	SI	NO	_____
Responde mejor oralmente que por escrito	SI	NO	_____
Parece conocer el material pero obtiene resultados bajos en las pruebas	SI	NO	_____
Le disgustan/evitan tareas de cerca	SI	NO	_____
Cortos espacios de atención/pérdida de interés	SI	NO	_____
Dificultad con las tijeras/herramientas	SI	NO	_____
Le disgustan/evita los deportes	SI	NO	_____
Dificultad para golpear pelota	SI	NO	_____

## ESCUELA

A su niño(a) le gusta la escuela? \_\_\_\_\_

Describe cualquier dificultad en la escuela: \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño(a) continuos cambios de escuela? Si No  
¿Repitió algún curso? ¿Cuál y por qué? \_\_\_\_\_

Su niño(a) ¿parece estar bajo tensión o presión cuando hace los deberes? \_\_\_\_\_

¿Hace clases de refuerzo? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Quién le da las clases? \_\_\_\_\_ Resultados: \_\_\_\_\_

A su niño(a) ¿le gusta leer? Sí No

Su trabajo en la escuela es:

Por encima de la media

En la media

Por debajo de la media

¿Cuánto tiempo tarda en hacer los deberes? \_\_\_\_\_

¿En qué medida ayuda usted a su niño(a) con la tarea? \_\_\_\_\_

¿Siente usted que su niño(a) está alcanzando su potencial? \_\_\_\_\_

## CASA Y FAMILIA

Por favor, indique con qué adultos vive el niño? \_\_\_\_\_

¿Ha estado su niño(a) en alguna situación traumática de la familia? (divorcio, pérdida de padres, abuelos, tíos..., enfermedades severas de padres,...)? \_\_\_\_\_

Si es Sí, ¿a qué edad? \_\_\_\_\_

Su niño(a) ¿parece haberse adaptado? \_\_\_\_\_

¿Se inició algún asesoramiento/terapia? \_\_\_\_\_ ¿aún continua? \_\_\_\_\_

Algún familiar tiene o tuvo problemas de aprendizaje? \_\_\_\_\_

Si es sí, quien? \_\_\_\_\_

¿En qué medida? \_\_\_\_\_

# Óptica Clar de Llum-St. Vicenç dels Horts

---

DE UNA BREVE DESCRIPCION DE SU NIÑO(A) COMO PERSONA:

---

---

---

---

---

---

¿HAY ALGUNA OTRA INFORMACION QUE USTED SIENTA QUE NOS PODRIA SER UTIL/IMPORTANTE EN NUESTRO TRATAMIENTO DE SU NIÑO(A)?

---

---

---

---

---

---

---

---

Los datos personales se incorporarán a un fichero denominado "CLIENTES" del que es responsable óptica Clar de Llum. La finalidad de este fichero es la recogida de datos para la prestación de los servicios ópticos contratados, el control y aviso de revisiones y los trámites de información. En ningún caso se utilizarán los datos con finalidades distintas a las indicadas, ni se comunicará ningún tipo de dato a ninguna persona ajena a la relación existente entre ambas partes, excepto si hay autorización expresa. De acuerdo con la ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, usted podrá ejercer los derechos de acceso, cancelación y rectificación contratante con el mismo centro, mediante una carta a la dirección Jacint Verdaguer, 86-St. Vicenç dels Horts 08620-Barcelona

Por ello:

AUTORIZO

A Óptica Clar de Llum , para que haga uso de mis datos personales y de salud así como de las de mi hijo / hija, para que puedan ser cedidos a logopedas, pediatras, médicos de cabecera, centros educativos u otros profesionales con el fin mencionada anteriormente.

Firma: