

Cuestionario de Síntomas de la Visión

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Utah de acuerdo con UCA 53G-9-404

<i>Se requiere que los maestros completen este formulario si un estudiante no alcanza el punto de referencia en la evaluación de lectura de referencia (grados 1-3) o está siendo referido o reevaluado para servicios de educación especial relacionados con una discapacidad de aprendizaje específica. Los padres también pueden completar este formulario si tienen problemas con la vista. Cuando esté completo, entregue este formulario a la enfermera de la escuela* para una evaluación de nivel 2 y una posible remisión a un profesional de atención de la vista.</i>			
Nombre del estudiante:	Fecha de la referencia:		
Escuela:	Grado:		
Maestro:			
Nombre/Título de la persona que completa el formulario:			
¿El estudiante usa anteojos? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no			
Razón para completar el formulario: <input type="checkbox"/> No logró el punto de referencia (grados 1-3) <input type="checkbox"/> Referencia de educación especial (cualquier grado) <input type="checkbox"/> Reevaluación de educación especial (cualquier grado) <input type="checkbox"/> preocupación del maestro (cualquier grado) <input type="checkbox"/> preocupación de los padres (cualquier grado)			
<i>Si la respuesta es "sí" a cualquiera de las áreas a continuación, por favor proporcionar detalles en la(s) sección(es) de comentarios.</i>	Sí	No	Comentarios
1. Como maestro o padre, ¿le preocupa la visión de este estudiante?			
Síntomas de apariencia	Sí	No	Comentarios
2. Inclina la cabeza, entrecierra los ojos, cierra o cubre un ojo al leer			
3. Problemas con la mirada, los ojos giran hacia adentro o hacia afuera, los ojos cruzados, los ojos vagan			
4. Pupilas u ojos de diferentes tamaños.			
5. Ojos llorosos, ojos borrosos o nublados			
Síntomas de quejas (Declaraciones de Estudiantes)	Sí	No	Comentarios
6. Las palabras flotan, se mueven o saltan al leer			
7. Se queja de dolores de cabeza, mareos o náuseas al leer (especifique)			
8. Se queja de picazón, ardor o picazón en los ojos (especifique)			
9. Se queja de visión borrosa o doble, sensibilidad inusual a la luz o dificultad para ver (especifique):			
10. Historia de lesión en la cabeza con problemas de visión			
Síntomas relacionados con el comportamiento	Sí	No	Comentarios
11. Pierde el lugar al leer			
12. Omite o saltea palabras pequeñas al leer			
13. Escribe cuesta arriba o cuesta abajo; dificultad para escribir en línea recta			
14. Tiene dificultad para copiar de la pizarra			
15. Evita el trabajo cercano, como leer o escribir			
16. Tiene dificultad para alinear números cuando hace matemáticas			
17. 7. Sostiene los libros demasiado cerca; se inclina demasiado cerca de la pantalla de una computadora Sostiene los libros demasiado cerca; se inclina demasiado cerca de la pantalla de una computadora			
18. Torpe; choca contra las cosas; golpea las cosas			
Otras preocupaciones de la vista:			

Para uso exclusivo de la enfermera escolar:		
Cualquier inquietud de los padres o maestros y/o cualquier respuesta afirmativa debe ser evaluada por la enfermera de la escuela para determinar si es necesaria una evaluación de nivel 2 o una referencia a un profesional de atención de la vista. La enfermera de la escuela debe usar su juicio como enfermera profesional para determinar si el estudiante debe recibir un examen de la vista de nivel 2 y/o se deriva a un profesional de atención de la vista, independientemente de las respuestas.		
Visión a distancia examinada: <input type="checkbox"/> Pasa <input type="checkbox"/> Fracasa (referencia)	Examen de visión cercana: <input type="checkbox"/> Pasa <input type="checkbox"/> Fracasa (referencia)	
¿Enfoque de ojos o seguimiento apantallado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pasa <input type="checkbox"/> Fracasa (referencia)	¿Convergencia filtrada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pasa <input type="checkbox"/> Fracasa (referencia)	
Referencia a un profesional de la vista: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha:	
Notas:		
Nombre de la enfermera escolar:		
Firma de la enfermera de la escuela:	Fecha:	

* Para las escuelas sin una enfermera escolar u otro examinador de la vista de nivel 2 aprobado:		
Las escuelas que no cuentan con una enfermera escolar deben tener una 'Persona de contacto designada para la visión' responsable de derivar cualquier problema relacionado con la visión. <u>Esta persona no debe realizar un examen de la vista de nivel 2</u> , sino que debe derivar cualquier problema de la vista a un profesional de la vista para que le haga un examen completo de la vista. La persona de contacto designada para la visión debe evaluar los cuestionarios de síntomas y seguir las instrucciones a continuación. Esta persona de contacto también es responsable de presentar el Informe Anual de Examen de la Vista requerido a UDOH antes del 30 de junio de cada año.		
Sobre cualquier pregunta 1-19	Si todas las respuestas son 'no'	No es necesaria una referencia
Sobre las preguntas 1-10	Si una o más respuestas son "sí"	Referir a un profesional de la visión
Sobre las preguntas 11-19	Si dos o más respuestas son "sí"	Referir a un profesional de la visión
Visión a distancia evaluada: <input type="checkbox"/> Pasa <input type="checkbox"/> Fracasa (referencia)	Referencia a un profesional de la visión: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha:
Notas:		
Nombre de la persona de contacto de visión designada:		
Firma:	Fecha:	