

Cuestionario de Síntomas Visuales (VSQ)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Utah de conformidad con la ley UCA 53G-9-404 y la norma R384-201

Nombre del estudiante:	Fecha de remisión:
Escuela:	Grado:
Maestro(a):	
Nombre y cargo de la persona que completa el formulario:	
¿El estudiante usa lentes? ☐ Sí ☐ No	

Los maestros deben completar este formulario si un estudiante de 1.º a 3.er grado no alcanza el nivel de referencia (benchmark) en la evaluación de lectura. Este formulario también es necesario para un estudiante a quien se le realiza una evaluación o reevaluación de educación especial si el equipo de evaluación lo considera necesario, o para un estudiante cuando un padre, madre o un maestro tenga alguna preocupación relacionada con la visión. Una vez completado, por favor entregue el formulario a la persona de contacto designada para la salud visual para su revisión. Se realizará una evaluación de la vista de segundo nivel o una remisión a un profesional de la salud visual si los resultados del cuestionario de síntomas indican que es necesario.

Motivo por el que se completa el formulario:

- ☐ No alcanzó el nivel de referencia (benchmark) (grados 1-3, el maestro debe completar el formulario)
- ☐ Remisión a educación especial o reevaluación (cualquier grado, el maestro debe completar el formulario)
- ☐ Preocupación del maestro (cualquier grado, el maestro debe completar el formulario)
- ☐ Preocupación de los padres (cualquier grado, el padre/madre/tutor debe completar el formulario)

Pregunta / Síntoma (si respondió "Sí", proporcione detalles)	Sí	No	Comentarios
1. Como maestro(a) o padre/madre/tutor, ¿le preocupa la visión de este estudiante?	☐	☐	
Síntomas de apariencia	Sí	No	Comentarios
2. Inclina la cabeza, entrecierra los ojos, cierra o se tapa un ojo al leer	☐	☐	
3. Problemas con la mirada, los ojos se desvían hacia adentro o hacia afuera, ojos bizcos, ojos que vagan o se desvían	☐	☐	
4. Pupilas u ojos de diferente tamaño	☐	☐	
5. Ojos llorosos, ojos con apariencia brumosa o nublada	☐	☐	
Síntomas de comportamiento	Sí	No	Comentarios
6. Pierde el lugar/punto al leer	☐	☐	
7. Se salta u omite palabras pequeñas al leer	☐	☐	
8. Escribe cuesta arriba o cuesta abajo; tiene dificultad para escribir en línea recta	☐	☐	
9. Tiene dificultad para copiar del pizarrón	☐	☐	
10. Evita el trabajo de cerca, como leer o escribir	☐	☐	
11. Tiene dificultad para alinear números al hacer operaciones de matemáticas	☐	☐	
12. Sostiene libros cerca; se inclina mucho a la pantalla	☐	☐	
13. Torpe; choca con las cosas; tira u vuelca objetos	☐	☐	
Síntomas de queja (del estudiante)	Sí	No	Comentarios
14. Las palabras flotan, se mueven o saltan al leer	☐	☐	
15. Se queja de dolores de cabeza, mareos o náuseas al leer (especifique):	☐	☐	
16. Se queja de picazón, ardor o sensación de raspado en los ojos (especifique):	☐	☐	
17. Se queja de visión borrosa o doble, sensibilidad inusual a la luz o dificultad para ver (especifique):	☐	☐	
18. Antecedentes de traumatismo/lesión en la cabeza con quejas de la vista	☐	☐	
19. Otras preocupaciones de la vista:			

Para uso exclusivo de la persona de contacto designada para la salud visual (DVPP):

Cada escuela debe designar a una persona de contacto para la salud visual (DVPP) para coordinar las preocupaciones de la vista y el seguimiento de las evaluaciones preliminares. Si la DVPP es un evaluador autorizado de nivel dos, siga la sección de evaluación de nivel dos. Si la DVPP no es un evaluador autorizado de nivel dos, siga las instrucciones de remisión presentadas a continuación. La DVPP es responsable de documentar las remisiones y enviar los datos requeridos en el Informe Anual de Carga de Trabajo de Salud Escolar antes del 30 de junio de cada año.

Para uso exclusivo del evaluador autorizado de nivel dos:

Cualquier preocupación del padre, madre o maestro, o cualquier respuesta afirmativa ("sí") debe ser evaluada por el evaluador de nivel dos para determinar si es necesaria una evaluación preliminar de nivel dos o la remisión a un profesional de la salud visual. **Los evaluadores de nivel dos deben usar su criterio profesional para determinar si el estudiante recibe una evaluación preliminar de nivel dos o si es remitido a un profesional de la salud visual, independientemente de las respuestas.**

Requerido: Evaluación de visión a distancia de nivel uno realizada: ☐ Pasa ☐ Remitir

Requerido: Evaluación de visión de cerca realizada: ☐ Pasa ☐ Remitir

¿Se evaluó el enfoque o rastreo ocular? ☐ Sí ☐ No
☐ Pasa ☐ Remitir

¿Se evaluó la convergencia? ☐ Sí ☐ No
☐ Pasa ☐ Remitir

Remitido a un profesional de la salud visual: ☐ Sí ☐ No

Fecha:

Notas:

Nombre del evaluador de nivel dos:

Firma del evaluador de nivel dos:

Fecha:

Instrucciones de remisión cuando la DVPP no es un evaluador autorizado de nivel dos:

La DVPP es responsable de revisar los cuestionarios de síntomas visuales completados y de seguir las instrucciones de remisión presentadas a continuación.

En cualquier pregunta (1-19)

Si todas las respuestas son "no"

No se requiere remisión

Preguntas de apariencia o preocupación (1-5)

Si una o más respuestas son "sí"

Remitir a un profesional de la salud visual

Preguntas de comportamiento (6-13)

Si dos o más respuestas son "sí"

Remitir a un profesional de la salud visual

Preguntas de queja (14-18)

Si una o más respuestas son "sí"

Remitir a un profesional de la salud visual

Evaluación de visión a distancia de nivel uno realizada:
☐ Pasa ☐ Remitir

Remitido a un profesional de la salud visual:
☐ Sí ☐ No

Fecha:

Notas:

Nombre de la DVPP:

Firma de la DVPP:

Fecha:

Reglas de Educación Especial de USBE: El equipo de evaluación de educación especial identificará si se deben descartar problemas de la vista para determinar la elegibilidad. La coordinación, elaboración y revisión de este cuestionario como parte de una evaluación inicial o reevaluación se rigen exclusivamente por las Reglas de Educación Especial de la Junta de Educación del Estado de Utah.