

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA EL EXAMEN DE LA VISIÓN

IFSP Inicial IFSP Anual

Aviso para los Examinadores y Padres:

Este examen fue desarrollado para usarlo con bebés, niños pequeños y niños; quienes no pueden participar en un examen de agudeza visual.

Cuando un menor puede encontrar, seleccionar, identificar o nombrar un dibujo o un símbolo igual al que le muestra el examinador, se debe realizar uno de los exámenes formales de agudeza visual diseñados para niños/as de nivel inicial, como complemento de la presente lista de control para el examen de la visión.

Nombre del menor: _____

Agencia encargada del examen: _____

Fecha de nacimiento del menor: _____ Edad cronológica (al momento del examen): _____

Edad reajustada (para prematuros que ahora tienen menos de dos años, restar de la edad cronológica el número de semanas de que se nació prematuramente): _____

PERSONA(S) QUE LLENA(N) LA LISTA DE CONTROL*(Después de su nombre escriba el papel que desempeña en el equipo del menor o de su agencia)*

Padres o encargado del cuidado: _____

Otro: _____ Otro: _____

Aviso para el Examinador:

Una vez que se terminaron los exámenes y se marcaron los indicadores, debe entregarse **una copia a la familia** para que comparta con el proveedor de atención médica. Si su niño/a todavía no ha visitado a un oftalmólogo, el llenar esta lista le dará una indicación de la presencia de posibles preocupaciones o señales a observar. Si su niño/a ya ha concurrido a una consulta oftalmológica, la realización de este examen le ofrecerá más información sobre la visión de su hijo. **NINGÚN EXAMEN PUEDE REEMPLAZAR UN EXAMEN DE LA VISTA POR PARTE DE UN OFTALMÓLOGO PEDIÁTRICO.**

¿Ha tenido el niño una consulta con un especialista en la visión (un oftalmólogo, M.D. o un optometrista, O.D.)?

Sí No

Nombre del doctor: _____

Dirección (Núm., calle): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Núm. de teléfono: _____

Información adicional sobre la visión (diagnóstico, anteojos u otros tratamientos, seguimiento programado o anticipado): _____

FACTORES DE RIESGO POR LA PÉRDIDA DE LA VISIÓN

Estos son detalles de la historia familiar y de la historia clínica que tienen alta incidencia en la pérdida de la visión en bebés y niños pequeños.

Antecedentes familiares de otras afecciones oculares que no sea el uso de anteojos, o cataratas relacionadas a la edad

Enumere las condición(es) oculares de la familia: _____

Meningitis o encefalitis Historial materno de infecciones durante el embarazo (CMV, toxoplasmosis, rubeola, STD)

Nacimiento prematuro de 36 semanas o menos Número de semanas: _____

Exposición al oxígeno por más de 24 horas

Episodio de traumatismo craneal Convulsiones Problemas Neurológicos

Peso al nacer menor a 3 lbs (o 1300 gramos) Peso al nacer: _____

Exposición significativa prenatal al alcohol o a las drogas, incluye medicamentos con receta médica

Inquietud de un padre o madre o encargado del cuidado acerca de la visión del menor

***Aviso:** Si en su niño/a se identifican **FACTORES DE RIESGO**, pregunte a su proveedor de atención médica la forma en que estos factores pueden afectar la visión del menor.

Vea la página 2 para leer la declaración de EOE/ADA

SEÑALES DE CONDUCTA QUE PUEDEN INDICAR PÉRDIDA DE LA VISIÓN

Estas son algunas formas conocidas en que se comportan los niños pequeños cuando tienen dificultades con la visión.

- Se inclina o gira la cabeza a un lado mientras mira (si tiene más de 6 meses)
- No se da cuenta de la gente o de los objetos cuando se colocan en determinada área
- Reacciona ante los juguetes sólo cuando van acompañados de un sonido (si tiene más de 6 meses)
- Mueve la mano o un objeto hacia adelante y hacia atrás frente a sus ojos.(si tiene más de 12 meses)
- Hace movimientos constantes y rápidos con los ojos o parece que tiene una oscilación espasmódica (a esto se le conoce como nistagmo)
- Entrecierra los ojos, arruga la frente o frunce el seño al mirar objetos
- Constantemente pasa por encima o debajo de lo que desea alcanzar (si tiene más de 6 meses)
- No puede ver un juguete caído (si tiene más de 6 meses)
- Acerca los objetos a un ojo en lugar de usar ambos para ver
- Se cubre o cierra un ojo con frecuencia
- Los ojos parecen volverse hacia adentro, hacia afuera, hacia arriba o hacia abajo (si tiene más de 6 meses)
- Se tropieza con el borde de la banqueta o con los escalones (si tiene más de 18 meses)
- Coloca un objeto a pocas pulgadas de los ojos para mirar (si tiene más de 12 meses)
- Empuja la cabeza hacia adelante o hacia atrás al mirar objetos
- Se mete un dedo en los ojos, se balancea o mira fijamente las luces brillantes

***Aviso:** Si usted identifica en su niño/a estas **SEÑALES DE CONDUCTA**, envíe una copia llena de la lista de control a su proveedor de atención médica y pídale que le recomienda a su niño/a a un oftalmólogo pediátrico.

No se marcó **ningún indicador**. Por el momento no se indica que deba recibirse atención oftalmológica adicional.

Se han identificado **uno o más factores de riesgo**. Entregue una **copia a la familia** para que dialogue sobre los factores de riesgo con su prestador de atención médica.

Se han identificado **una o más señales conductuales**. Entregue una **copia a la familia** para que su proveedor de atención médica revise y, el sistema de atención médica, le recomiende al niño/a a consultar con un oftalmólogo pediátrico para que le lleve a cabo un examen ocular completo.

Una evaluación usando una lista de control es sólo un indicador general. No todos los menores en cuya lista haya un punto marcado tendrán un problema visual. Algunos menores en cuya lista no se ha marcado ningún punto podrán tener un problema visual que no era lo suficientemente consistente para marcarlo al llenar la lista. Si su niño/a comienza a mostrar señales de mala visión o si se produce un cambio significativo en ésta, póngase en contacto con su proveedor de atención médica.

Firma de la persona que llena este formulario con los padres o encargado del cuidado (Necesario)

Fecha