

# Información General del Paciente

## Información del Paciente

| Título                       | Nombre | Apellido                   | MI | Sufijo        | Nombre preferido                             |
|------------------------------|--------|----------------------------|----|---------------|--|
|                              |        |                            |    |               |  |
| Dirección                    |        |                            |    |               |  |
|                              |        |                            |    |               |  |
| Ciudad                       |        | Estado                     |    | Código postal |  |
| Número de celular            |        |                            |    |               |  |
| Número de casa               |        |                            |    |               |  |
| Número de trabajo            |        |                            |    |               |  |
| Correo electrónico           |        |                            |    |               |  |
| Método preferido de contacto |        |                            |    |               | (celular, casa, trabajo, correo electrónico) |
| Número de seguro social      |        | Ocupación/estudiante       |    |               |  |
| Fecha de nacimiento          |        | Empleador/Escuela          |    |               |  |
| Género                       |        | Guardián/Nombre misceláneo |    |               |  |
| Statuo matrimonial           |        | Doctor primario            |    |               |  |

## Nombre/Dirección de facturación (solo si es diferente a la dirección regular)

| Título            | Nombre | Apellido | MI | Sufijo        | Nombre preferido |
|-------------------|--------|----------|----|---------------|------------------|
|                   |        |          |    |               |                  |
| Dirección         |        |          |    |               |                  |
|                   |        |          |    |               |                  |
| Ciudad            |        | Estado   |    | Código postal |                  |
| Número de casa    |        |          |    |               |                  |
| Número de trabajo |        |          |    |               |                  |

**Aseguranza de visión**

|                          |  |
|--------------------------|--|
| Nombre del asegurado     |  |
| Plan de aseguranza       |  |
| Número de identificación |  |
| Número de grupo          |  |

Si no es el primerizo en la cuenta, favor de llenar la siguiente sección

**Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre**

|  |  |                        |  |               |  |
|--|--|------------------------|--|---------------|--|
| Nombre                                   |  |                        |  |               |  |
| Relación de paciente a persona asegurada |  | (espos(a), hijo, otro) |  |               |  |
| Dirección                                |  |                        |  |               |  |
|  |  |                        |  |               |  |
| Ciudad                                   |  | Estado                 |  | Código postal |  |
|  |  |                        |  |               |  |
| Fecha de nacimiento                      |  |                        |  |               |  |
| Número de seguro social                  |  |                        |  |               |  |
| Lugar de Empleo/Escuela                  |  |                        |  |               |  |

**Aseguranza Medica**

|                          |  |
|--------------------------|--|
| Nombre del asegurado     |  |
| Plan de aseguranza       |  |
| Número de identificación |  |
| Número de grupo          |  |

Si no es primario en la cuenta principal, porfavor completa la siguiente seccion

**Apellido, Nombre, Inicial**

|  |  |                        |  |               |  |
|--|--|------------------------|--|---------------|--|
| Nombre                                   |  |                        |  |               |  |
| Relación de paciente a persona asegurada |  | (espos(a), hijo, otro) |  |               |  |
| Dirección                                |  |                        |  |               |  |
|  |  |                        |  |               |  |
| Ciudad                                   |  | Estado                 |  | Código postal |  |
|  |  |                        |  |               |  |
| Fecha de nacimiento                      |  |                        |  |               |  |
| Número de seguro social                  |  |                        |  |               |  |
| Lugar de Empleo/Escuela                  |  |                        |  |               |  |

## Historial Pediátrico

|                             |                      |                           |                      |
|-----------------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| Nombre completo del niño    | <input type="text"/> | Nombre preferido del niño | <input type="text"/> |
| Nombre de la madre/cuidador | <input type="text"/> | Ocupación de la madre     | <input type="text"/> |
| Nombre del padre/cuidador   | <input type="text"/> | Ocupación del padre       | <input type="text"/> |

## Motivo principal del examen hoy

|   |                          |                                  |                      |
|---|--------------------------|----------------------------------|----------------------|
| <input type="text"/>  |                          |                                  |                      |
| Fecha de la última evaluación   | <input type="text"/>     | Nombre del doctor o optometrista | <input type="text"/> |
| Motivo de la última evaluación  | <input type="text"/>     |                                  |                      |
| <input type="checkbox"/> Se recomiendan anteojos, lentes de contacto u otros dispositivos ópticos | <input type="checkbox"/> | Estás usando dispositivos        |                      |
| Si se han usado dispositivos, cuando?   | <input type="text"/>     |                                  |                      |
| Si no se han usado dispositivos, porque?  | <input type="text"/>     |                                  |                      |
| Resultados/Recomendaciones  | <input type="text"/>     |                                  |                      |

## Historial Medica

|                           |                      |   |                                  |
|---------------------------|----------------------|---|----------------------------------|
| Pediatra                  | <input type="text"/> | Le tiene miedo al doctor?               | <input type="checkbox"/> Sí o No |
| Fecha de la ultima visita | <input type="text"/> | Razon de la visita                      | <input type="text"/>             |
|                           |                      | Esta el nino(a) generalmente saludable? | <input type="checkbox"/> Sí o No |

## Medicamentos que se esten usando (prescripción, sin prescripción, suplementos, & gotas para los ojos)

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

## Alergias a los medicamentos / otros

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

## El niño a sentido o el adulto ha notado:

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza             | <input type="checkbox"/> Vision borrosa   | <input type="checkbox"/> Vision Doble                                  | <input type="checkbox"/> Los ojos duelen/estan cansados      |
| <input type="checkbox"/> Picazon en los ojos         | <input type="checkbox"/> Los ojos le queman                                       | <input type="checkbox"/> Los ojos le lagrimean                         | <input type="checkbox"/> Los ojos estan frecuentamente rojos |
| <input type="checkbox"/> Orsuelos frecuentes         | <input type="checkbox"/> Le molesta la luz  | <input type="checkbox"/> Pierde la atencion facilmente                 | <input type="checkbox"/> Se enferma cuando se mueve/auto     |
| <input type="checkbox"/> Cerrando/Tapando un ojo     | <input type="checkbox"/> Pierde su lugar cuando lee                               | <input type="checkbox"/> Las tareas/acciones visuales le causan mareos |  |
| <input type="checkbox"/> Mala comprension de lectura | <input type="checkbox"/> Cuando lee, las letras/palabras parecen moverse/flotando | <input type="checkbox"/> Mareos o problemas con balance                |  |

## Nino ha sido diagnosticado o a tenido:

|                                |                                  |        |                          |                      |
|--------------------------------|----------------------------------|--------|--------------------------|----------------------|
| Alergia/Fiebre del Heno        | <input type="checkbox"/> Sí o No | Actual | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Problemas de comportamiento    | <input type="checkbox"/> Sí o No | Actual | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Desorden de sangre/bajo hierro | <input type="checkbox"/> Sí o No | Actual | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Cancer                         | <input type="checkbox"/> Sí o No | Actual | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Depresión                      | <input type="checkbox"/> Sí o No | Actual | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

Checkear caja si actual, o escriba cuando fue la ultima vez

|                                   |                          |         |        |                          |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|---------|--------|--------------------------|--------------------------|
| Problemas de crecimiento          | <input type="checkbox"/> | Sí o No | Actual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes (Insulina)               | <input type="checkbox"/> | Sí o No | Actual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes (No Insulina)            | <input type="checkbox"/> | Sí o No | Actual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infección de la oreja             | <input type="checkbox"/> | Sí o No | Actual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lesión de la cabeza/Trauma        | <input type="checkbox"/> | Sí o No | Actual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad del corazón            | <input type="checkbox"/> | Sí o No | Actual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis                         | <input type="checkbox"/> | Sí o No | Actual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infección del herpes              | <input type="checkbox"/> | Sí o No | Actual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Presión alta de la sangre         | <input type="checkbox"/> | Sí o No | Actual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cholesterol alto                  | <input type="checkbox"/> | Sí o No | Actual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| VIH                               | <input type="checkbox"/> | Sí o No | Actual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Baja prección de la sangre        | <input type="checkbox"/> | Sí o No | Actual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas con los pulmones/asthma | <input type="checkbox"/> | Sí o No | Actual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sclerosis multiples               | <input type="checkbox"/> | Sí o No | Actual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas de musculoesquelético   | <input type="checkbox"/> | Sí o No | Actual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas neurologicos            | <input type="checkbox"/> | Sí o No | Actual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Convulsiones                      | <input type="checkbox"/> | Sí o No | Actual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas de sinusitis            | <input type="checkbox"/> | Sí o No | Actual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erupciones de la piel             | <input type="checkbox"/> | Sí o No | Actual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Derame cerebral                   | <input type="checkbox"/> | Sí o No | Actual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sirujias/hospitalizaciones        | <input type="checkbox"/> | Sí o No | Actual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad de la tyroide          | <input type="checkbox"/> | Sí o No | Actual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tinnitus                          | <input type="checkbox"/> | Sí o No | Actual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/>              | <input type="checkbox"/> | Otro    | Actual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/>              | <input type="checkbox"/> | Otro    | Actual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Porfavor dar información adicional como complicaciones que ocurrieron, que tan severo fue la enfermedad o incidente, que tipo de sirujia, que hueson se rompieron, etc. Por favor incluya eventos como malas caidas, altas fiebres, enfermades significantes, aunque hagan sido comun.

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |

## Historial Familiar

Historia familiar es importante para la examinacion de todos. Muchas enfermedades y problemas cronicos puedes tener un componente genetico. Sabiduria del historial medico puede ayudar a encontrar posible problemas temprano.

Historia familiar medica no es conocida por alguna circunstancia como adopcion

| Enfermedad/Condicion   | Tipo especifica | Historial familiar - Sí o No | Relación al niño |
|------------------------|-----------------|------------------------------|------------------|
| Pobre vision           |                 | Sí o No                      |                  |
| Estrabismo             |                 | Sí o No                      |                  |
| Ambliopia              |                 | Sí o No                      |                  |
| Segueda                |                 | Sí o No                      |                  |
| Neurologica            |                 | Sí o No                      |                  |
| Problemas aprendiendo  |                 | Sí o No                      |                  |
| Enfermeda autoimmuna   |                 | Sí o No                      |                  |
| Enfermedad del Corazón |                 | Sí o No                      |                  |
| Desorden de la sangre  |                 | Sí o No                      |                  |
| Diabetes               |                 | Sí o No                      |                  |
| Epilepsia/Convulsiones |                 | Sí o No                      |                  |
| Cancer                 |                 | Sí o No                      |                  |
| Other                  |                 |                              |                  |

## Historial de Crecimiento

Duracion del embarazo

Natural o Seccion C

Pinzas/Apiradora

Anestesia

Durante el embarazo, ¿ocurrió alguno de estos problemas?

|   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Toxemia          | <input type="checkbox"/> Trauma                | <input type="checkbox"/> Uso de alcohol              |
| <input type="checkbox"/> Golpe por caerse | <input type="checkbox"/> Fumar                 | <input type="checkbox"/> Uso de drogas               |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad seria | <input type="checkbox"/> Medicamente prescrito | <input type="checkbox"/> Poco tratamiento obstétrica |
| <input type="checkbox"/> Otro             |  |  |

Por favor explique con detalles

Pezo de niño al nacer

libras y onzas

Puntaje de Apgar al nacer

Puntaje Apgar a 10 minutos

Niño es

- Biologico
- Adoptado
- Fomentados
- Otros

Edad de adopción

Por Favor explique con detalles

**Habilidades/Etapas**

|                          |   |  |                            |
|--------------------------|---|--|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | El niño se arrastra (se mantiene en su estomago en el piso) |  | Si paso, a que edad?       |
| <input type="checkbox"/> | El niño gateaba?  |  | Si paso, a que edad?       |
| <input type="checkbox"/> | El niño gateaba con las 4 extremidades?                     |  | Si no, por favor describir |

| <u>Habilidad Motora Gruesa</u> | <u>Edad promedia</u> | <u>Temprano, Tarde, Normal, Inseguro(a)</u> |
|--------------------------------|----------------------|---|
| Rodar                          | 3.5 meses            |   |
| Sentarse sin soporte           | 6.5 meses            |   |
| Calminar sin ayuda/solo(a)     | 12 meses             |   |
| Patear una pelota              | 18 meses             |   |
| Aprender a ir al baño          | 24 meses             |   |
| Manejar un triciclo            | 3 años               |   |

| <u>Las habilidades motoras finas</u> | <u>Edad promedia</u> | <u>Temprano, Tarde, Normal, Inseguro(a)</u> |
|--------------------------------------|----------------------|---|
| Objeto alcanzado/agarrado            | 4 meses              |   |
| Garabatear instantaneamente          | 15 meses             |   |
| Apilar/Amontonar bloques             | 18 meses             |   |
| Usar tenedor/cuchara para comer      | 3 años               |   |

| <u>Actividad de lenguaje</u>              | <u>Average Age</u> | <u>Temprano, Tarde, Normal, Inseguro(a)</u> |
|---|--------------------|---|
| Sonreir espontaneamente                   | 1 mes              |   |
| Decir palabras singulares                 | 12 meses           |   |
| Referirse a si mismo por su primer nombre | 18 meses           |   |
| Saber su nombre completo                  | 3 años             |   |

|  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Edad de sus primeras palabras             | <input type="checkbox"/> Habla era claro en ese entonces | <input type="checkbox"/> Habla es claro ahora |
| Como esta su hijo desempeñando comparado a otros niños de su edad? |  | Alto, promedio, bajo                          |
| Que tan bien esta desarrollado el vocabulario oral del niño?       |  | Alto, promedio, bajo                          |
| Cuanto tiempo esta el niño viendo a computadoras o electronicos?   |  |   |
| Tiene el niño problemas de comportamiento?                         |  |   |

A el niño tenido que someterse a alguno de estos examen, tratamientos, o terapia

|                                      |   |                                      |
|--------------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Educational | <input type="checkbox"/> Neurologico    | <input type="checkbox"/> Psicologico |
| <input type="checkbox"/> Ocupacional | <input type="checkbox"/> Habla/Escuchar | <input type="checkbox"/> Fisico      |

Por favor nombrar evaluaciones previas

Empty box for previous evaluations

**Status Actual**

**Constitucional**

Sí or No

Problemas de preccion alta/corazon acelerando/pulso golpeando

Problemas respirando

Fiebres reciente

Inexplicables cambios de pezo

Sí es asi, cual fue la temperatura mas alta

El niño a sentido o el adulto ha notado:

**Oftalmología**

|   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ojo tuerce para adentro/afuera | <input type="checkbox"/> Bizquear/parpadear mucho     | <input type="checkbox"/> Bajo interes viendo a objetos                |
| <input type="checkbox"/> Frotar ojo excivamente         | <input type="checkbox"/> Cubrir/cerrar un ojo seguido | <input type="checkbox"/> Rojos o incrustrado(a)s párpados             |
| <input type="checkbox"/> Párpado caido                  | <input type="checkbox"/> Inclina cabeza/voltea cara   | <input type="checkbox"/> Bajo monitoreo o movimiento de ojo           |
| <input type="checkbox"/> Bajo control de motor          | <input type="checkbox"/> Ojos duelen/estan cansados   | <input type="checkbox"/> Tropieza sobre objetos o es torpe            |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza                | <input type="checkbox"/> Vision borrosa               | <input type="checkbox"/> Nausea cuando hace trabajos visuales         |
| <input type="checkbox"/> Vision doble                   | <input type="checkbox"/> Orzuelo visible              | <input type="checkbox"/> Mareo de movimiento o cuando esta en el auto |
| <input type="checkbox"/> Ojos lacrimosos                | <input type="checkbox"/> Ojos secos/arenosos/queman   | <input type="checkbox"/> Dificultades o disgusto para leer            |

Algun otra queja que el niño tenga sobre su vision

Empty box for other child complaints

Alguna otra observacion por adultos sobre la vision del niño

Empty box for adult observations

**Sintomas de ojos resecos**

|   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Destello   | <input type="checkbox"/> Dolor de ojos   | <input type="checkbox"/> Picason                             |
| <input type="checkbox"/> Enrojecimiento                                       | <input type="checkbox"/> Quema   | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz               |
| <input type="checkbox"/> Ojos llorosos/acuosos                                | <input type="checkbox"/> Ardor   | <input type="checkbox"/> Irritacion que se siente como arena |
| <input type="checkbox"/> Resequeda  | <input type="checkbox"/> Importa en los párpados cuando está despierto por la mañana | <input type="checkbox"/> Boca seca                           |
| <input type="checkbox"/> Ojos hinchados/rojos alrededor de margen de pestañas | <input type="checkbox"/> Las lágrimas artificiales ayudan pero no duran mucho        | <input type="checkbox"/> Ardor en las mananas                |
| <input type="checkbox"/> Disminución del tiempo usando contactos              |  |  |

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tomar Omega-3 suplementos diarios        |  |
| <input type="checkbox"/> Usar Visine o otro "sacar lo rojo" gotas | Cuanto tiempo a usado las gotas <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> A sido prescribio Restasis gotas de ojo  |  |

### Otorrinolaringológico

- |                          |                              |                          |                       |                          |   |
|--------------------------|------------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Sentirse fuera de balance    | <input type="checkbox"/> | Sentirse mareado      | <input type="checkbox"/> | Se siente como si estuviera dando vueltas       |
| <input type="checkbox"/> | Excesivamente torpe          | <input type="checkbox"/> | Problemas escuchando  | <input type="checkbox"/> | El sonido le hace doler las orejas              |
| <input type="checkbox"/> | Sus orejas se sienten llenas | <input type="checkbox"/> | Nariz se siente llena | <input type="checkbox"/> | Dolor atras de las cejas/profundo en las orejas |

### Respiratorio

- |                          |  |                          |   |                          |                                      |
|--------------------------|--|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Problema dando respiros sin haber hecho actividad fisica | <input type="checkbox"/> | Problema respirando despues de hacer actividad fisica |                          |                                      |
| <input type="checkbox"/> | Sentirse como si le faltara el aire                      | <input type="checkbox"/> | Hyperventilando                                       | <input type="checkbox"/> | Problemas manteniendo su respiracion |

### Gastrointestinal

- |                          |         |                          |                   |                          |   |
|--------------------------|---------|--------------------------|-------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Náuseas | <input type="checkbox"/> | Dolor de estomago | <input type="checkbox"/> | Vomitir                                   |
| <input type="checkbox"/> | Diarrea | <input type="checkbox"/> | Constipacion      | <input type="checkbox"/> | Sentimiento de comida quedandose atascada |

### Musculoesquelético

- |   |                                     |                          |   |                          |                                    |          |
|---|-------------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|------------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/>                                | Piernas se ven inestable            | <input type="checkbox"/> | Problemas extendiendo pierna totalmente | <input type="checkbox"/> | Giros repetidos del tobillo        |          |
| <input type="checkbox"/>                                | Dolor en rodilla/cintura            | <input type="checkbox"/> | Sentarse duele aveces                   | <input type="checkbox"/> | Problema agachandose en la cintura |          |
| <input type="checkbox"/>                                | Dolor en los brazos/muñecas/hombros | <input type="checkbox"/> | Problems alcanzando lugares altos       | <input type="checkbox"/> | Postura abnormal                   |          |
| El niño ha tenido un brote de crecimiento recientemente |                                     |                          |   |                          | <input type="checkbox"/>           | Sí or No |

### Integumentario

- |                          |                                   |                          |                                     |                          |   |
|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Erupciones                        | <input type="checkbox"/> | Le salen moretones facilmente       | <input type="checkbox"/> | Piel sulta                                |
| <input type="checkbox"/> | Piel excessivamente seca/escamosa | <input type="checkbox"/> | Sentimiento de arastrado en la piel | <input type="checkbox"/> | Inexplicados cambios de colors en la piel |

### Neurologico

- |                          |   |                          |                                 |                          |   |
|--------------------------|---|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Convulsiones                                | <input type="checkbox"/> | Cyclo de dormir abnormal        | <input type="checkbox"/> | Desmayo   |
| <input type="checkbox"/> | Dificultad enfocandose, ensueno             | <input type="checkbox"/> | Cambio repentino de cordinacion | <input type="checkbox"/> | Cambio en el habla (es decir, dificultad para hablar) |
| <input type="checkbox"/> | No puede oler aromas cuando estan presentes | <input type="checkbox"/> | Hormigueo (alfileres & agujas)  | <input type="checkbox"/> | Entumecimiento de partes del cuerpo                   |

### Psiquiátrico

- |                          |                           |                          |   |                          |   |
|--------------------------|---------------------------|--------------------------|---|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Miedos excessivos         | <input type="checkbox"/> | Ansioso / Nervioso                              | <input type="checkbox"/> | Sentimientos de culpa (se disculpa mucho) |
| <input type="checkbox"/> | Extremos cambios de animo | <input type="checkbox"/> | Se retira de su grupo de amigos voluntariamente | <input type="checkbox"/> | Retiro de aficiones                       |
| <input type="checkbox"/> | Alucinaciones             | <input type="checkbox"/> | Cambio en los hábitos alimenticios              | <input type="checkbox"/> | Enfidez / violencia excesiva              |



**Hematológico/Linfático**

|                          |                                    |                          |   |                          |                               |
|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Sangra excesivamente / no coagula  | <input type="checkbox"/> | Las heridas no cicatrizan o cicatrizan lentamente | <input type="checkbox"/> | Hemorragias nasales excesivas |
| <input type="checkbox"/> | Sangra excesivamente de las encías | <input type="checkbox"/> | Ganglios linfáticos inflamados                    | <input type="checkbox"/> | Infecciones recurrentes       |

|  |                          |                             |                                      |                      |  |
|--|--------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|----------------------|--|
| <b>Grado actual en la escuela</b>                | <input type="checkbox"/> | <b>Nombre de la escuela</b> | <input type="text"/>                 |                      |  |
| <b>Tema favorito</b>                             | <input type="text"/>     |                             |                                      |                      |  |
| <b>Servicios especiales actuales</b>             | <input type="text"/>     |                             | <b>Servicios especiales previos</b>  | <input type="text"/> |  |
| <b>Edad en que comenzó el jardín de infantes</b> | <input type="text"/>     |                             | <b>¿Al niño le gusta la escuela?</b> | <input type="text"/> |  |
| <b>Desempeño en la escuela</b>                   | <input type="text"/>     |                             | Arriba, Promedio, Abajo              |                      |  |

**El niño está trabajando hasta su potencial**

|                   |                      |                                |                      |
|-------------------|----------------------|--------------------------------|----------------------|
| <b>Tu emoción</b> | <input type="text"/> | <b>Sentimiento del maestro</b> | <input type="text"/> |
|-------------------|----------------------|--------------------------------|----------------------|

|  |                          |                        |                          |                        |                      |
|--|--------------------------|------------------------|--------------------------|------------------------|----------------------|
| <b>Temas fáciles para el niño</b>          | <input type="text"/>     |                        |                          |                        |                      |
| <b>Temas difíciles para el niño</b>        | <input type="text"/>     |                        |                          |                        |                      |
| <b>¿Al niño le gusta leer?</b>             | <input type="checkbox"/> | <b>Voluntariamente</b> | <input type="checkbox"/> | <b>Tipos de libros</b> | <input type="text"/> |
| <b>Si se repitió grado, cuando</b>         | <input type="text"/>     |                        |                          |                        |                      |
| <b>Describir los problemas de conducta</b> | <input type="text"/>     |                        |                          |                        |                      |

**Como parte del examen de la vista, necesitamos saber cómo le está yendo al niño en la escuela. Marque la casilla si corresponde.**

|                          |   |                          |   |
|--------------------------|---|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Lector promedio                             | <input type="checkbox"/> | Necesita moverse cuando lee                         |
| <input type="checkbox"/> | Lector lento / rápido                       | <input type="checkbox"/> | Caída significativa en las calificaciones en un año |
| <input type="checkbox"/> | no disfruta leyendo                         | <input type="checkbox"/> | Dijeron que tienen problemas de aprendizaje         |
| <input type="checkbox"/> | Prefiere ser leído                          | <input type="checkbox"/> | Dolores de cabeza, náuseas o mareos al leer         |
| <input type="checkbox"/> | Mala comprensión lectora                    | <input type="checkbox"/> | plan de estudios de honores                         |
| <input type="checkbox"/> | Pobres habilidades de escritura.            | <input type="checkbox"/> | Aula ordinaria                                      |
| <input type="checkbox"/> | Pobres habilidades de escritura a mano.     | <input type="checkbox"/> | Educación especial                                  |
| <input type="checkbox"/> | Inversiones de letras/números               | <input type="checkbox"/> | Aula de recursos                                    |
| <input type="checkbox"/> | La tarea tarda más de lo que debería        | <input type="checkbox"/> | Tutor   |
| <input type="checkbox"/> | Luchas en la escuela                        | <input type="checkbox"/> | lectura del titulo 1                                |
| <input type="checkbox"/> | Periodo de atención corto                   | <input type="checkbox"/> | Cansado, frustrado o estresado                      |
| <input type="checkbox"/> | Rendimiento de puntos inconsistente/pobre   | <input type="checkbox"/> | Omite, inserta o vuelve a leer letras y palabras    |
| <input type="checkbox"/> | Dificultades en la motricidad fina o gruesa | <input type="checkbox"/> | Dificultad para copiar de la pizarra.               |
| <input type="checkbox"/> | Evita tareas que impliquen la lectura.      | <input type="checkbox"/> | Náuseas al trabajar de cerca                        |
| <input type="checkbox"/> | Muestra torpeza y/o torpeza                 | <input type="checkbox"/> | Dificultad ortográfica                              |
| <input type="checkbox"/> | Confunde palabras de apariencia similar     | <input type="checkbox"/> | Golpea objetos sobre una mesa                       |

**Números desalineados**

**Escribe hacia arriba o hacia abajo en una inclinación**

**Se queja de visión borrosa**

**Otros ptoblemas:**

|  |
|--|
|  |
|  |

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <b>Referido a nuestra oficina</b>                     | <input type="checkbox"/> <b>Sí or No</b> | <b>Nombre de la persona de referencia</b> |  |
| <b>Dirección de referencia</b>                        |  |   |  |
| <b>Teléfono de referencia</b>                         |  | <b>Fax de referencia</b>                  |  |
| <b>Si no se refiere, ¿cómo se enteró de nosotros?</b> |  |   |  |

# Historial de adulto

Fecha de último examen de la vista   
Médico primario

Oficina de examen de la vista

## Alergias a medicamentos

## Medicamentos utilizados actualmente (recetados o de venta libre, suplementos y gotas para los ojos)

  

## Cirugías oculares y lesiones oculares

## Otras cirugías mayores

## Historial de la visión

Corrección primaria de la visión (anteojos, lentes de contacto, cirugía)

A probado lentes de contactos     Interesado en lentes de contacto     Interesada/o en la corrección de la visión con láser

Si usa lentes de contacto, ¿son cómodos y funcionan bien?

¿Tiene gafas adicionales (de respaldo, de lectura, de computadora, de sol, etc.)?

Ocupación Primaria

Horas por día en la computadora

## Diagnosticado con cualquiera de las siguientes condiciones oculares (marque todo lo que corresponda)

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ceguera                   | <input type="checkbox"/> Distrofia corneal                 | <input type="checkbox"/> Enfermedad ocular de la tiroides | <input type="checkbox"/> Catarata                       |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de ojos/párpados   | <input type="checkbox"/> Degeneración macular              | <input type="checkbox"/> Retina hipertensa                | <input type="checkbox"/> Glaucoma                       |
| <input type="checkbox"/> Desprendimiento de retina | <input type="checkbox"/> Lente de implante - ojo derecho   | <input type="checkbox"/> Ambliopía / Ojo debil*           | <input type="checkbox"/> Enfermedad retiniana diabética |
| <input type="checkbox"/> Síndrome del ojo seco     | <input type="checkbox"/> Lente de implante - ojo izquierdo | <input type="checkbox"/> Estrabismo / Ojo Errante*        |   |

\* En caso si, llene la página Estrabismo

## Otras condiciones oculares

## Historial social

¿Usas alguno de los siguientes?

|                          |                    |                      |   |
|--------------------------|--------------------|----------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Alcohol            | <input type="text"/> | Diario, semanal, mensual, pocas veces al año, anual |
| <input type="checkbox"/> | Tobaco             | <input type="text"/> | Usa un paquete: diario, semanal, mensual            |
| <input type="checkbox"/> | Drogas recreativas | <input type="text"/> | Diario, semanal, mensual, anual                     |

|                          |   |                      |                 |
|--------------------------|---|----------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | Creencias religiosas que pueden dictar el tratamiento | <input type="text"/> |                 |
| <input type="checkbox"/> | Participar en grupos comunitarios                     | <input type="text"/> | Nombre de grupo |

Pasatiempos, actividades

## Historial médico

|                          |   |   |
|--------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | A tenido evaluación neurológica o psicológica |   |
| <input type="checkbox"/> | Actualmente embarazada                        | ¿Qué tan avanzado? <input type="text"/> |

Marque cualquier condición que esté experimentando

Check box if current, or list when was last instance

| Condición                         | Sí o No                  | Actual                   | Check box if current, or list when was last instance |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| Alergias / Fiebre del Heno        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/>                                 |
| Enfermedad de alzheimer           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/>                                 |
| Trastorno sanguíneo / hierro bajo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/>                                 |
| Cancer                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/>                                 |
| Depresión                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/>                                 |
| Diabetes (Tipo 1)                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/>                                 |
| Diabetes (Tipo 2)                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/>                                 |
| Lesión en la cabeza / Traumatismo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/>                                 |
| Problemas escuchando              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/>                                 |
| Enfermedad del corazón            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/>                                 |
| Hepatitis                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/>                                 |
| Infección de herpes               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/>                                 |
| Hipertensión                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/>                                 |
| Colesterol alto                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/>                                 |
| VIH                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/>                                 |
| Presión arterial baja             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/>                                 |
| Problemas pulmonares / Asma       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/>                                 |
| Esclerosis múltiple               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/>                                 |

|   |                          |         |        |                          |  |
|---|--------------------------|---------|--------|--------------------------|--|
| <b>Problemas musculoesqueléticos</b>      | <input type="checkbox"/> | Sí o No | Actual | <input type="checkbox"/> |  |
| <b>Problemas neurológicos</b>             | <input type="checkbox"/> | Sí o No | Actual | <input type="checkbox"/> |  |
| <b>Enfermedad de Parkinson</b>            | <input type="checkbox"/> | Sí o No | Actual | <input type="checkbox"/> |  |
| <b>Artritis reumatoide</b>                | <input type="checkbox"/> | Sí o No | Actual | <input type="checkbox"/> |  |
| <b>Convulsiones</b>                       | <input type="checkbox"/> | Sí o No | Actual | <input type="checkbox"/> |  |
| <b>Problemas de los senos paranasales</b> | <input type="checkbox"/> | Sí o No | Actual | <input type="checkbox"/> |  |
| <b>Salpudillo de la piel</b>              | <input type="checkbox"/> | Sí o No | Actual | <input type="checkbox"/> |  |
| <b>Derrame cerebral</b>                   | <input type="checkbox"/> | Sí o No | Actual | <input type="checkbox"/> |  |
| <b>Enfermedad de tiroides</b>             | <input type="checkbox"/> | Sí o No | Actual | <input type="checkbox"/> |  |
| <b>Tinnitus</b>                           | <input type="checkbox"/> | Sí o No | Actual | <input type="checkbox"/> |  |
|   | <input type="checkbox"/> | Otro    | Actual | <input type="checkbox"/> |  |
|   | <input type="checkbox"/> | Otro    | Actual | <input type="checkbox"/> |  |

**Constitucional**

Sí o No

|                          |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

**Problemas de presión arterial/ritmo cardiaco elevado en reposo**

**Problemas respiratorios**

**Fiebres Recientes**

Si es así, la temperatura más alta

**Cambios de peso inexplicables**

**Marque cualquier condición que esté experimentando**

**Oftalmológico**

|   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor de ojo                             | <input type="checkbox"/> Parpadeos de luz          | <input type="checkbox"/> Cambio en la visión a distancia |
| <input type="checkbox"/> Sequedad, ardor en los ojos              | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz     | <input type="checkbox"/> Cambio en la visión cercana     |
| <input type="checkbox"/> Nuevos puntos o flotantes                | <input type="checkbox"/> Sensación arenosa         | <input type="checkbox"/> Visión fluctuante               |
| <input type="checkbox"/> Picazón en los ojos                      | <input type="checkbox"/> Exceso de lagrimeo        | <input type="checkbox"/> Visión doble                    |
| <input type="checkbox"/> Secreción de moco o párpados con costras | <input type="checkbox"/> Pérdida de visión lateral |  |

**Cansancio ocular al leer o trabajar en la computadora**

En caso si, complete la sección de lectura

**Mareos o mareo por movimiento**

En caso si, complete la sección de síntomas

Los siguientes son síntomas del ojo seco. Por favor marque cualquiera que haya experimentado en la última semana.

|   |   |                                  |   |
|---|---|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Destello                         | <input type="checkbox"/> Dolor de ojo   | <input type="checkbox"/> Comezón | <input type="checkbox"/> Enrojecimiento                         |
| <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz            | <input type="checkbox"/> Escozor  | <input type="checkbox"/> Arenosa | <input type="checkbox"/> Sequedad                               |
| <input type="checkbox"/> Ojos llorosos                    | <input type="checkbox"/> Materia en los párpados cuando se despierta por la mañana        |                                  | <input type="checkbox"/> Ardor                                  |
| <input type="checkbox"/> Problemas de conducción nocturna | <input type="checkbox"/> Párpados hinchados o rojos a lo largo del margen de las pestañas |                                  | <input type="checkbox"/> Boca seca                              |
| <input type="checkbox"/> Ardor en la mañana               | <input type="checkbox"/> Las lágrimas artificiales ayudan pero no duran lo suficiente     |                                  | <input type="checkbox"/> Menos tiempo usando lentes de contacto |

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ¿Toma suplementos de Omega-3 diariamente?        |   |
| <input type="checkbox"/> ¿Usa Visine u otras gotas para "quitar el rojo"? | ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> ¿Me han recetado gotas para los ojos Restasis?   |   |

### Otros síntomas oculares

### Otorrinolaringológico

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sentirse fuera de balance  | <input type="checkbox"/> Mareos / vértigo                     | <input type="checkbox"/> Torpeza excesiva   | <input type="checkbox"/> Problemas para escuchar  |
| <input type="checkbox"/> Sensibilidad a los sonidos | <input type="checkbox"/> Los oídos se sienten llenos/ahogados | <input type="checkbox"/> Senos nasales se sienten llenos                          | <input type="checkbox"/> Dolor detrás de los ojos |
| <input type="checkbox"/> Sequedad de garganta/boca  | <input type="checkbox"/> Goteo postnasal                      | <input type="checkbox"/> Se siente como si la habitación se estuviera tambaleando |   |

### Cardiovascular

|                                 |  |   |                      |
|---------------------------------|--|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Acidez | <input type="checkbox"/> Palpitaciones | <input type="checkbox"/> Pulso palpitante - ¿dónde? | <input type="text"/> |
|---------------------------------|--|---|----------------------|

### Respiratorio

|  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas para recuperar el aliento - sin actividad       | <input type="checkbox"/> Problemas para recuperar el aliento después de la actividad | <input type="checkbox"/> Problemas para contener la respiración |
| <input type="checkbox"/> Se siente como si no estuviera recibiendo suficiente aire | <input type="checkbox"/> Hiperventilando   | <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho al respirar          |

### Gastrointestinal

|                                  |  |   |
|----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Náuseas | <input type="checkbox"/> Dolor de estómago | <input type="checkbox"/> Vomito                       |
| <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Estreñimiento     | <input type="checkbox"/> Sensación de comida atascada |

### Musculoesquelético

|                          |                                  |                          |   |                          |                                    |
|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Las piernas parecen inestables   | <input type="checkbox"/> | Problemas para extender la pierna completamente | <input type="checkbox"/> | Torceduras repetidas de tobillo    |
| <input type="checkbox"/> | Dolor de rodilla/cadera          | <input type="checkbox"/> | Sentarse duele a veces                          | <input type="checkbox"/> | Problemas para doblar a la cintura |
| <input type="checkbox"/> | Dolor en brazos/ muñecas/hombros | <input type="checkbox"/> | Problemas para alcanzar alto                    | <input type="checkbox"/> | Postura anormal                    |

### Integumentario

|                          |                                  |                          |                                     |                          |  |
|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Salpudillo                       | <input type="checkbox"/> | Moretones fácilmente                | <input type="checkbox"/> | Piel suelta                                    |
| <input type="checkbox"/> | Piel excesivamente seca/escamosa | <input type="checkbox"/> | Sensación de hormigueo en la piel   | <input type="checkbox"/> | Cambios inexplicables en el color de la piel   |
| <input type="checkbox"/> | Nuevos lunares/marcas en la piel | <input type="checkbox"/> | Bultos inexplicables/piel levantada | <input type="checkbox"/> | Cambios inexplicables en la textura de la piel |

### Neurological

|                          |                                  |                          |                          |                          |  |
|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Convulsiones                     | <input type="checkbox"/> | Ciclo de sueño anormal   | <input type="checkbox"/> | Desmayo  |
| <input type="checkbox"/> | Dificultad para concentrarse     | <input type="checkbox"/> | Lapsos de memoria        | <input type="checkbox"/> | Cambio repentino en la coordinación              |
| <input type="checkbox"/> | Cambio en el habla               | <input type="checkbox"/> | Oler olores no presentes | <input type="checkbox"/> | Fatiga   |
| <input type="checkbox"/> | Sensación de hormigueo - ¿donde? | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> | Entumecimiento de una parte del cuerpo - ¿donde? |

### Psiquiátrico

|                          |   |                          |   |                          |   |
|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Miedos excesivos                        | <input type="checkbox"/> | Ansiedad/ nervios                       | <input type="checkbox"/> | Culpa / culparse a sí mismo por los problemas |
| <input type="checkbox"/> | Cambios de humor extremos               | <input type="checkbox"/> | Retirada de amigos / sociedad           | <input type="checkbox"/> | Retirada de pasatiempos o actividades         |
| <input type="checkbox"/> | Alucinaciones                           | <input type="checkbox"/> | Cambio de apetito/ hábitos alimenticios | <input type="checkbox"/> | Enfado/violencia excesiva                     |
| <input type="checkbox"/> | Falta de motivación para tareas comunes | <input type="checkbox"/> | Paranoia                                | <input type="checkbox"/> | Pensamientos obsesivos                        |

|                          |   |          |                      |
|--------------------------|---|----------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | ¿Experimentó un evento traumático?                  | ¿Cuándo? | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | Diagnosticado con trastorno de estrés postraumático |          |                      |

Explique brevemente lo que sucedió (pérdida de un ser querido, accidente, llamada cercana, etc.)

### Hematológico/Linfático

|                          |                                    |                          |   |                          |                               |
|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Sangra excesivamente/ no coagula   | <input type="checkbox"/> | Las heridas no cicatrizan o cicatrizan lentamente | <input type="checkbox"/> | Hemorragias nasales excesivas |
| <input type="checkbox"/> | Sangra excesivamente de las encías | <input type="checkbox"/> | Ganglios linfáticos inflamados                    | <input type="checkbox"/> | Infecciones recurrentes       |

# Estrabismo

SÓLO COMPLETE ESTA SECCIÓN SI TIENE OJO DEBIL, OJO TORCIDO, OJO CRUZADO O MIRADA DISTRAÍDA

**Dirección de giro del ojo (marque todo lo que corresponda)**

Arriba       Abajo       Afuera       Adentro

**Ojo que gira**

Derecha       Izquierda       Ambos

Giro de los ojos empeorando, mejorando o sin cambios

Los ojos giran siempre, % del tiempo,  
cuando está cansado/enfermo, etc.

|  |
|--|
|  |
|  |

**El ojo gira más al mirar**

Arriba       Abajo  
 A la derecha       A la izquierda  
 De cerca       En la distancia

¿Nota que uno o ambos ojos tiemblan rápidamente?

|  |
|--|
|  |
|--|

Si se recetó un tratamiento con parches, ¿a qué edad comenzó el parche?, ¿cómo se hizo?, ¿en qué ojo se puso el parche por cuánto tiempo?, estimación de los resultados

|  |
|--|
|  |
|  |

Se hizo la cirugía

Resultados estimados

|  |
|--|
|  |
|--|

Describe cualquier terapia visual, incluida la duración del tratamiento, la edad de inicio, y la estimación de los resultados.

|  |
|--|
|  |
|  |



## Síntomas

COMPLETE ESTA SECCIÓN SI USTED HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES: DERRAME CEREBRAL, LESIÓN EN LA CABEZA, CONMOCIÓN CEREBRAL, LATIGAZO CERVICAL, ACCIDENTE DE VEHÍCULO MOTORIZADO, ACCIDENTE DE BICICLETA, CIRUGÍA CEREBRAL, ETC.

Fecha de evento más reciente

Describa brevemente la lesión

  

Parte de la cabeza afectada (marque todo lo que corresponda)

Cara

La parte de arriba de la cabeza

La parte de atrás de la cabeza

Frente

Lado izquierdo

Lado derecho

¿Hubo pérdida de la conciencia? ¿Por cuánto tiempo?

¿Cuándo fue la primera visita al médico por accidente/lesión?

¿Estubo hospitalizado?

Describa cualquier otra lesión anterior con las fechas

  
  

Tipos de atención profesional que ha recibido debido a esta lesión (neurológica, psicológica, terapia ocupacional, fisioterapia, logopedia, auditiva, quiropráctica, osteopática, acupuntura, neurofeedback, etc.)

  
  

Preocupación visual más significativa en este momento

## Encuesta de síntomas de lesión cerebral

Califique cada problema según la escala que se proporciona a continuación

Nunca = 0 Leve = 1-2 Moderado= 3-4 Severo= 5-6

- Dolor de cabeza
- Náuseas
- Vómitos
- Problemas de equilibrio

- Nervios o ansiedad
- Sentirse más emocional
- Entumecimiento u hormigueo

- Mareos (sensación de giro o movimiento)
- Aturdimiento
- Fatiga
- Problemas para conciliar el sueño

- Sentirse Lento
- Sentirse como "en una niebla"
- Dificultad para concentrarse

- Dormir más de lo usual
- Somnolencia
- Sensibilidad a la luz

- Dificultad para recordar
- Problemas visuales
- Mareos ondulados lentos

- Sensibilidad al ruido
- Irritabilidad
- Tristeza y Desesperanza

- Pensamientos ruminantes
- Dificultad en matemáticas, ciencias, lectura
- Los síntomas empeoran al final del día.
- Dificultad con la atención
- Dificultad para encontrar palabras

Fecha de inicio de los síntomas

**¿Existían síntomas antes de la lesión? Por favor enumérelos a abajo**

**Otros síntomas experimentados (marque todo lo que corresponda)**

- Los ambientes ocupados hacen que tenga dolor de cabeza, se sienta atontado, mareado, ansioso o cansado
- Se mareo al ver arriba o abajo, cuando voltea la cabeza, o al caminar en espacios ocupados
- Movimientos rapidos lo hacen sentir mareado, nubloso, o le dan ansiedad
- Sus síntomas se sienten peor al viajar en auto
- Vision borrosa al leer
- Antecedentes personales o familiares de ojo vago u otros problemas oculares
- Presión frontal en la cabeza / detras de los ojos al leer / trabajo en computadora / al escribir
- Dificultad con "atención" o problemas ajustando los ojos de visión cercana a lejana

- Siente que el rendimiento en la escuela/trabajo ha cambiado
- Pitido en los oídos (tinnitus)
- Siente los síntomas más entre semana que el fin de semana
- Excesivamente cansado/a al fin del día
- Los sonidos lo/a molestan
- Tiene dificultad al apagar sus pensamientos
- Se vuelve sintomático al pensar en sus síntomas
- Actividades sociales restringidas
- Dificultad para conciliar el sueño u otros problemas con el sueño
- Antecedentes personales de migrañas
- Los dolores de cabeza ocurren con falta de sueño
- Es más probable que los dolores de cabeza ocurran al comienzo de la semana
- La visión parece inestable o cambia de un ojo a otro
- Parecen faltar partes de una página u objetos
- Personas o cosas aparecen repentinamente de forma inesperada de un lado
- Mirando hacia el lado de los objetos para verlos mejor
- Visión de túnel
- Dolor del cuello o antecedentes de lesiones en el cuello
- Síntomas que aumentan con el cambio en la posición del cuello (estática o dinámica)
- Cambios visuales
- Episodios de mareos o desequilibrio

**Actividades en que ya no pueda participar debido a un accidente o una lesión**

|  |
|--|
|  |
|  |

# Sensibilidad de lectura y movimiento

## Encuesta de síntomas de insuficiencia de convergencia

Por favor de responder las próximas preguntas sobre cómo se sienten sus ojos al leer o trabajar de cerca. Ingrese un número para la frecuencia según la escala que se proporciona a continuación.

**Nunca = 0 Raramente = 1 Ocasionalmente = 2 Frecuente = 3 Siempre = 4**

1. Sus ojos se sienten cansados al leer o al trabajar de cerca
2. Sus ojos se sienten incómodos al leer o al trabajar de cerca
3. Dolor de cabeza al leer o al trabajar de cerca
4. Tener sueño al leer o hacer un trabajo cercano
5. Pérdida de concentración al leer o al trabajar de cerca
6. Dificultad recordando lo que leído
7. Doble visión al leer o al trabajar de cerca
8. Las palabras se mueven, saltan, nadan o parecen flotar en la página al leer o al trabajar de cerca
9. Siente que lee lento
10. Sus ojos le duelen cuando al leer o al trabajar de cerca
11. Sus ojos se sienten adoloridos al leer o al trabajar de cerca
12. Siente una sensación de "tensión" alrededor de los ojos al leer o trabajar de cerca
13. Nota palabras borrosas o que se enfocan/desenfocan cuando lee o trabaja de cerca
14. Pierde su lugar cuando lee o trabaja de cerca
15. Tiene que leer la misma línea de palabras varias veces

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

### Marque todo lo que aplique

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Tendencia a cerrar o tapar un ojo                       |
| <input type="checkbox"/> | Inclinación o movimiento de la cabeza                   |
| <input type="checkbox"/> | Mala comprensión lectora                                |
| <input type="checkbox"/> | Cabeza demasiado cerca del papel al leer o escribir     |
| <input type="checkbox"/> | Dificultad para rastrear objetos en movimiento          |
| <input type="checkbox"/> | La escritura está torcida o mal espaciada               |
| <input type="checkbox"/> | Desalineación de dígitos o columnas de números          |
| <input type="checkbox"/> | Errores al copiar desde la computadora, libro o tablero |
| <input type="checkbox"/> | Evite leer o trabajo de cerca                           |
| <input type="checkbox"/> | Dificultad para completar las tareas a tiempo           |

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Invertir u olvidar letras, números, palabras                       |
| <input type="checkbox"/> | Confundir palabras de apariencia similar                           |
| <input type="checkbox"/> | Dificultad para reconocer la misma palabra en el siguiente párrafo |
| <input type="checkbox"/> | Mala ortografía  |
| <input type="checkbox"/> | Mala coordinación visual-motora (ojo a mano o pie)                 |
| <input type="checkbox"/> | Confundir derecha e izquierda                                      |
| <input type="checkbox"/> | Dificultad para seguir una secuencia de instrucciones              |
| <input type="checkbox"/> | Susurra cuando lee en silencio                                     |
| <input type="checkbox"/> | La comprensión disminuye con el tiempo                             |
| <input type="checkbox"/> | No visualiza   |