

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		Nombre preferido del niño	
Nombre de la madre/cuidador		Ocupación de la madre	
Nombre del padre/cuidador		Ocupación del padre	

Motivo principal del examen hoy

Fecha de la última evaluación				Nombre del doctor o optometrista		
Motivo de la última evaluación						
<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?						
Si no se han usado dispositivos, porque?						
Resultados/Recomendaciones						

Historial Medica

Pediatra		Le tiene miedo al doctor?	<input type="checkbox"/>	Sí o No
Fecha de la ultima visita		Razon de la visita		
		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)

--

Alergias a los medicamentos / otros

--

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"/>	
Problemas de comportamiento	<input type="checkbox"/>	Sí o No	Actual	<input type="checkbox"/>	
Desorden de sangre/bajo hierro	<input type="checkbox"/>	Sí o No	Actual	<input type="checkbox"/>	
Cancer	<input type="checkbox"/>	Sí o No	Actual	<input type="checkbox"/>	
Depresión	<input type="checkbox"/>	Sí o No	Actual	<input type="checkbox"/>	

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"/>
Hipertensión	<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"/>
Presión arterial baja	<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	
Otro			

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)	<input type="text"/>	Si paso, a que edad?
<input type="checkbox"/>	El niño gateaba?	<input type="text"/>	Si paso, a que edad?
<input type="checkbox"/>	El niño gateaba con las 4 extremidades?	<input type="text"/>	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	<input type="text"/>
Sentarse sin soporte	6.5 meses	<input type="text"/>
Calminar sin ayuda/solo(a)	12 meses	<input type="text"/>
Patear una pelota	18 meses	<input type="text"/>
Aprender a ir al baño	24 meses	<input type="text"/>
Manajar un triciclo	3 años	<input type="text"/>

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

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

<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?	<input type="text"/>		<input type="text"/>	Alto, promedio, bajo
	Que tan bien esta desarrollado el vocabulario oral del niño?	<input type="text"/>		<input type="text"/>	Alto, promedio, bajo
	Cuanto tiempo esta el niño viendo a computadoras o electronicos?	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
	Tiene el niño problemas de comportamiento?	<input type="text"/>		<input type="text"/>	

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 text 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 text box for other complaints about vision.

Alguna otra observacion por adultos sobre la vision del niño

Empty text box for adult observations on the child's vision.

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		

- Tomar Omega-3 suplementos diarios
- Usar Visine o otro "sacar lo rojo" gotas
- A sido prescribio Restasis gotas de ojo

Cuanto tiempo a usado las gotas

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

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

El niño está trabajando hasta su potencial

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

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

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

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

<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Nervios o ansiedad
<input type="checkbox"/> Náuseas	<input type="checkbox"/> Sentirse más emocional
<input type="checkbox"/> Vómitos	<input type="checkbox"/> Entumecimiento u hormigueo
<input type="checkbox"/> Problemas de equilibrio	
<input type="checkbox"/> Mareos (sensación de giro o movimiento)	<input type="checkbox"/> Sentirse Lento
<input type="checkbox"/> Aturdimiento	<input type="checkbox"/> Sentirse como "en una niebla"
<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse
<input type="checkbox"/> Problemas para conciliar el sueño	
<input type="checkbox"/> Dormir más de lo usual	<input type="checkbox"/> Dificultad para recordar
<input type="checkbox"/> Somnolencia	<input type="checkbox"/> Problemas visuales
<input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz	<input type="checkbox"/> Mareos ondulados lentos
<input type="checkbox"/> Sensibilidad al ruido	<input type="checkbox"/> Pensamientos rumiantes
<input type="checkbox"/> Irritabilidad	<input type="checkbox"/> Dificultad en matemáticas, ciencias, lectura
<input type="checkbox"/> Tristeza y Desesperanza	<input type="checkbox"/> Los síntomas empeoran al final del día.
	<input type="checkbox"/> Dificultad con la atención
	<input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> Los ambientes ocupados hacen que tenga dolor de cabeza, se sienta atontado, mareado, ansioso o cansado
<input type="checkbox"/> Se mareo al ver arriba o abajo, cuando voltea la cabeza, o al caminar en espacios ocupados
<input type="checkbox"/> Movimientos rapidos lo hacen sentir mareado, nubloso, o le dan ansiedad
<input type="checkbox"/> Sus síntomas se sienten peor al viajar en auto
<input type="checkbox"/> Vision borrosa al leer
<input type="checkbox"/> Antecedentes personales o familiares de ojo vago u otros problemas oculares
<input type="checkbox"/> Presión frontal en la cabeza / detras de los ojos al leer / trabajo en computadora / al escribir
<input type="checkbox"/> 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"/> | Invertir u olvidar letras, números, palabras |
| <input type="checkbox"/> | Inclinación o movimiento de la cabeza | <input type="checkbox"/> | Confundir palabras de apariencia similar |
| <input type="checkbox"/> | Mala comprensión lectora | <input type="checkbox"/> | Dificultad para reconocer la misma palabra en el siguiente párrafo |
| <input type="checkbox"/> | Cabeza demasiado cerca del papel al leer o escribir | <input type="checkbox"/> | Mala ortografía |
| <input type="checkbox"/> | Dificultad para rastrear objetos en movimiento | <input type="checkbox"/> | Mala coordinación visual-motora (ojo a mano o pie) |
| <input type="checkbox"/> | La escritura está torcida o mal espaciada | <input type="checkbox"/> | Confundir derecha e izquierda |
| <input type="checkbox"/> | Desalineación de dígitos o columnas de números | <input type="checkbox"/> | Dificultad para seguir una secuencia de instrucciones |
| <input type="checkbox"/> | Errores al copiar desde la computadora, libro o tablero | <input type="checkbox"/> | Susurra cuando lee en silencio |
| <input type="checkbox"/> | Evite leer o trabajo de cerca | <input type="checkbox"/> | La comprensión disminuye con el tiempo |
| <input type="checkbox"/> | Dificultad para completar las tareas a tiempo | <input type="checkbox"/> | No visualiza |