

Cuestionario de evaluación de riesgo e historial de la vista del niño y la familia

Nombre del niño: _____

Nombre del padre/cuidador: _____

Edad/Fecha de nacimiento: _____

Fecha: _____

Las preguntas de evaluación de riesgos son para la visita inicial para todos los niños menores de 3 años. Anote cualquier cambio en el historial de visión del niño y la familia y las preguntas de inspección en cada visita posterior.

Historial de visión del niño y la familia (Marque con un círculo Sí o No como se indica)	SÍ	NO
¿Alguna vez le han diagnosticado a su hijo una afección ocular, retraso en el desarrollo, trastorno convulsivo, síndrome genético, trastorno metabólico o cualquier enfermedad sistémica asociada con anomalías oculares? *	SÍ	NO
¿Los padres o hermanos del niño tuvieron problemas oculares/de visión que requirieron tratamiento a una edad temprana (antes de los seis años) como ambliopía, cataratas, cáncer ocular o uso de anteojos? **	SÍ	NO
¿Su hijo nació antes de las 32 semanas?	SÍ	NO

Preguntas de inspección que el cuidador responde en cada visita.

Descripción: Marque con un círculo Sí o No en la casilla apropiada según corresponda a su hijo	SÍ	NO
¿El cuidador o el maestro tienen alguna preocupación sobre los ojos o la visión del niño? **	SÍ	NO
¿Ha notado que el niño tiene alguno de los siguientes comportamientos? *** <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Algún problema o cambio en los ojos: parte blanca, pupilas, párpados, pestañas o el área alrededor de los ojos? ▪ ¿Sensibilidad anormal a la luz? ▪ ¿Dolores de cabeza frecuentes? ▪ ¿Girar un ojo hacia adentro o hacia afuera? ▪ ¿Frotarse los ojos con frecuencia, parpadear? ▪ ¿Lagrimo o secreción inusual de los ojos? ▪ ¿Mal contacto visual? ▪ ¿Cubrir o cerrar un ojo al mirar un objeto? ▪ ¿Postura anormal de la cabeza, como inclinar la cabeza hacia un lado o avanzar o retroceder al ver un elemento de interés? ▪ ¿Colocar la cabeza cerca de un elemento de interés? ▪ ¿Inexactitud al alcanzar objetos? 	SÍ	NO
En caso afirmativo a cualquiera de las preguntas anteriores, sírvase explicar:		

* Proveedores: Consulte la lista detallada si es necesario [Enfermedades y afecciones asociadas con anomalías oculares y de la visión \(www.health.state.mn.us/docs/people/childrenyouth/ctc/visioncreen/discondassocvsn.pdf\)](http://www.health.state.mn.us/docs/people/childrenyouth/ctc/visioncreen/discondassocvsn.pdf)

** Un historial familiar positivo para afecciones oculares antes de los seis años de edad, una preocupación positiva de los padres o cuidadores o una afección recién diagnosticada es una indicación para la remisión a un profesional de la visión.

La preocupación de los padres / cuidadores sobre comportamientos específicos puede indicar la necesidad de remisión a un profesional de la visión. Las preocupaciones deben evaluarse en cada visita.

CHILD AND FAMILY VISION HISTORY AND RISK ASSESSMENT QUESTIONNAIRE

Minnesota Department of Health
Child and Teen Checkups
651-201-3650
health.childteencheckups@state.mn.us
www.health.state.mn.us

12/2023

Para obtener esta información en un formato diferente, llame al: 651-201-3650.