



El nombre del niño                      DOB                      Años                      ID                      Fecha

Columna 1			Columna 2			
Si	No		Si	No	NA	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene alguna preocupación sobre la visión de su hijo? En caso afirmativo, por favor explique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>A los 0-3 meses, hizo / hace su hijo:</b>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Sonreír a otras personas?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usted / otro padre usó lentes correctivos cuando era niño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Mira sus propias manos?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez usted / otro padre tuvo una condición médica relacionada con sus ojos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Mirar a los padres al entrar en la habitación?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Los ojos de su hijo parecen cruzarse, girar o vagar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>A los 4 - 6 meses, ¿hizo / hace su hijo?</b>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ve una pelota caer al suelo y rodar?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Las pupilas u ojos de su hijo son de diferentes tamaños?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Mira hacia atrás y hacia adelante entre 2 objetos?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha notado algún movimiento rápido de ida y vuelta de los ojos de su hijo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Nota algo pequeño como una pasa, cuando está a 12 pulgadas de distancia?
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alcanza y agarra los juguetes?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su hijo presiona o puya sus ojos?				<b>A los 7-9 meses, ¿hizo / hace su hijo?</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su hijo inclina o gira la cabeza de una manera inusual cuando mira algo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Busca los juguetes caídos?
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Intenta moverse hacia un objeto que está al menos a 5 pies de distancia?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Nació su hijo prematuramente o estuvo con oxígeno mientras estaba en el hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Intentas agarrar el cabello, las joyas o las gafas?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez su hijo trae objetos muy cerca de su cara para ver mejor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Recoge o intenta recoger un objeto pequeño?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez su hijo entrecierra los ojos? ¿Si sí, cuándo?				<b>A los 10 - 18 meses, ¿tiene / hizo su hijo?</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene su hijo una condición de salud asociada con la pérdida de visión (vea los ejemplos en la página siguiente)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Reacciona a las expresiones faciales de otros como fruncir el ceño o sonreír?
		¿U otro diagnóstico o inquietud médica? En caso afirmativo, por favor explique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Muestra interés en los libros ilustrados?
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alcanza dentro de un envase y saca objetos fácilmente?
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Nota objetos o personas afuera, a través de una ventana?

**Si respondió "sí" a cualquier pregunta en la Columna 1 y / o "no" a cualquier pregunta en la Columna 2, se recomienda que programe un examen ocular completo para su hijo por un optometrista u oftalmólogo pediátrico. Se debe entregar una copia de este examen de la vista al proveedor de cuidado de la vista, así como al pediatra de su hijo.**



El nombre del niño      DOB      Años      ID      Fecha

## Basado en los resultados de esta evaluación:

**Recomendamos que su hijo reciba un examen ocular completo con un optometrista u oftalmólogo pediátrico** (ingrese REA en la página Resumen de evaluación)

Padres / Tutores han recibido la **Guía para la visión de su hijo de RI**, la cual incluye una lista de optometristas y oftalmólogos pediátricos.

**Nos hemos enterado que su hijo esta siendo seguido por un optometrista u oftalmólogo.** (ingrese REA en la página Resumen de evaluación)

Nombre del optometrista / oftalmólogo: Dr.

La próxima cita programada del niño es el      /      /

**No se han identificado preocupaciones en este momento. Su hijo debe continuar con las pruebas de detección recomendadas por su pediatra e IT volverá a visitar esta prueba en o antes de la revisión anual del PISF** (ingrese DLN en la página Resumen de evaluación)

Padres / tutores: si corresponde, recuerde dar su consentimiento a la Intervención Temprana para obtener una copia del informe del examen de la vista de su hijo.

Hay muchas condiciones médicas que pueden afectar la visión de un niño. Esta es una lista de algunas que requerirán que un oftalmólogo pediátrico siga de cerca a un niño.

- Estrabismo
- Atrofia óptica
- Osteogenesis Imperfecta
- Trisomía 13
- Cataratas Congénitas
- Esclerosis Tuberosa
- Galactosemic
- Trisomía 18
- Glaucoma Congénito
- Síndrome de Marfan
- Hipocistinuria
- Síndrome de Down
- Degeneración Retinal
- Parálisis Cerebral
- Síndrome de CHARGE
- Albinismo

La Academia Estadounidense de Oftalmología y la Asociación Estadounidense de Oftalmología y Estrabismo Pediátricos recomiendan el siguiente cronograma para la detección de la visión pediátrica:

**Recién nacido.** Un oftalmólogo, pediatra, médico de familia u otro profesional de la salud capacitado debe examinar los ojos de un bebé recién nacido y realizar una prueba de reflejo rojo (un indicador básico de que los ojos son normales). Un oftalmólogo debe realizar un examen completo si el bebé es prematuro o tiene un alto riesgo de problemas médicos por otros motivos, tiene signos de anomalías o tiene antecedentes familiares de trastornos graves de la visión en la infancia.

**Infantil.** Un segundo examen de salud ocular debería ser hecho por un oftalmólogo, pediatra, médico de familia u otro profesional de la salud capacitado en un examen de niño sano entre los seis meses y el primer cumpleaños.

**Preescolar.** Entre las edades de 3 y 3½, la visión y el alineamiento de los ojos de un niño deben ser evaluados por un pediatra, el médico de familia, el oftalmólogo, el optometrista, el ortoptista o la persona capacitada en evaluación de la visión de niños en edad preescolar.

Academia Americana de Oftalmología 2019

<https://www.aaopt.org/eye-health/tips-prevention/children-eye-screening>