

Cuestionario de síntomas oculares

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Utah de acuerdo con la ley UCA 53G-9-404

<p>Los profesores deben completar este formulario si un estudiante no alcanza el punto de referencia en la evaluación de lectura de referencia (grados 1-3) o está siendo referido o re-evaluado para servicios de educación especial relacionados con una discapacidad específica de aprendizaje. Los padres del estudiante también pueden completar este formulario si están preocupados por la visión de su estudiante. Entregue el formulario completo a la enfermería de la escuela* para una evaluación de nivel 2 y una posible remisión a un oculista.</p>				
Nombre del estudiante:		Fecha de remisión:		
Escuela:		Grado:		
Profesor:				
Nombre y cargo de la persona que completa el formulario:				
¿Usa anteojos el estudiante? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no				
Motivo por el que se completa el formulario:				
<input type="checkbox"/> No alcanzó el estándar de referencia (grados 1-3, el maestro debe completar el formulario) <input type="checkbox"/> Remisión a educación especial o reevaluación (cualquier grado, el profesor debe completar el formulario) <input type="checkbox"/> preocupación del profesor (cualquier grado, el profesor debe completar el formulario) <input type="checkbox"/> preocupación de los padres (cualquier grado, los padres deben completar el formulario)				
Si la respuesta es "sí" a alguna de las siguientes áreas, proporcione detalles en la sección de comentarios.		Sí	No	Comentarios
1. Como profesor o padre, ¿le preocupa la visión de este estudiante?				
Síntomas aparentes		Sí	No	Comentarios
2. Inclina la cabeza, entrecierra los ojos, cierra o se tapa un ojo al leer				
3. Problemas con la mirada, los ojos se desvían hacia dentro o hacia fuera, ojos bizcos, ojos que se desvían				
4. Pupilas u ojos de diferente tamaño				
5. Ojos llorosos, los ojos aparecen brumosos o nublados				
Quejas de síntomas (del estudiante)		Sí	No	Comentarios
6. Las palabras flotan, se mueven o saltan al leer				
7. Se queja de dolores de cabeza, mareos o náuseas al leer (especifique)				
8. Se queja de picor, quemazón o irritación en los ojos (especifique)				
9. Se queja de visión borrosa o doble, sensibilidad inusual a la luz o dificultad para ver (especifique):				
10. Antecedentes de traumatismo craneoencefálico con problemas de visión				
Síntomas de comportamiento		Sí	No	Comentarios
11. Pierde el sitio al leer				
12. Se salta u omite palabras pequeñas al leer				
13. Escribe cuesta arriba o cuesta abajo; dificultad para escribir en línea recta				
14. Tiene dificultades para copiar de la pizarra				
15. Evita el trabajo de cerca, como leer o escribir				
16. Tiene dificultades para alinear los números cuando hace cuentas				
17. Sostiene los libros demasiado cerca; se inclina demasiado hacia la pantalla de la computadora.				
18. Se tropieza con las cosas o las vuelca.				
Otros problemas de visión:				

Para uso exclusivo de la enfermería escolar:

Cualquier preocupación de los padres o del profesor o cualquier respuesta afirmativa debe ser evaluada por la enfermería escolar para determinar si es necesario un examen de nivel 2 o remitir al niño a un oculista.

La enfermería escolar debe utilizar su criterio profesional para determinar si el estudiante debe someterse a un examen de la vista de nivel 2 o si debe ser remitido a un oftalmólogo, independientemente de las respuestas.

Examen de visión a distancia: <input type="checkbox"/> Pasa <input type="checkbox"/> No pasa (remitir)	Examen de visión de cerca: <input type="checkbox"/> Pasa <input type="checkbox"/> No pasa (remitir)
¿Se ha examinado el enfoque o seguimiento ocular? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> No aprobado (remitir)	¿Convergencia examinada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> No aprobado (remitir)
Remitido a un profesional de la visión: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha:
Notas:	
Nombre de la enfermería escolar:	
Firma de la enfermería escolar:	Fecha:

***Para escuelas sin enfermero escolar u otro evaluador de la vista de nivel 2 aprobado:**

Las escuelas que no cuenten con una enfermería escolar deben *designar a una persona de contacto para la visión* (DVPP, por sus siglas en inglés) responsable de remitir cualquier problema de la vista. Esta persona no debe realizar un examen de la vista de nivel 2, sino que debe remitir cualquier problema de la vista a un oculista para que éste realice un examen ocular completo. La DVPP debe evaluar cualquier cuestionario sobre síntomas visuales y seguir las instrucciones que figuran a continuación. Esta persona también es responsable de presentar el informe anual de examen visual requerido al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Utah antes del 30 de junio de cada año.

En cualquier pregunta 1-19	Si todas las respuestas son "no"	No es necesaria la remisión
En las preguntas 1-10	Si una o más respuestas son "sí"	Remitir al oculista
Sobre las preguntas 11-19	Si dos o más respuestas son "sí"	Remitir al oculista
Examen de la vista de lejos: <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> No aprobado (remitir)	Remitido a un profesional de la visión: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha:
Notas:		
Nombre de la persona designada como contacto de la visión:		
Firma:	Fecha:	

For school nurse use only:

Any parent or teacher concern or any 'yes' answers should be evaluated by the school nurse to determine if tier 2 screening or referral to an eye care professional is necessary.

School nurse should use their professional nursing judgement in determining whether the student receives a tier 2 vision screening or is referred to an eye care professional, regardless of the answers.

Distance vision screened: <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail (refer)	Near vision screened: <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail (refer)
Eye focusing or tracking screened? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail (refer)	Convergence screened? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail (refer)
Referred to eye care professional: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Date:
Notes:	
School nurse name:	
School nurse signature:	Date:

***For schools without a school nurse or other approved tier 2 vision screener:**

Schools without a school nurse should have a *designated vision point-person* (DVPP) responsible for referring any vision concerns. This person should not perform a tier 2 vision screening, but instead should refer any vision concerns to an eye care professional for a complete eye exam. The DVPP should evaluate any vision symptoms questionnaires and follow the instructions below. This person is also responsible for filing the required vision screening annual report to Utah Department of Health and Human Services by June 30th each year.

On any question 1-19	If all answers are 'no'	No referral is necessary
On questions 1-10	If one or more answers are 'yes'	Refer to eye care professional
On questions 11-19	If two or more answers are 'yes'	Refer to eye care professional
Distance vision screened: <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail (refer)	Referred to eye care professional: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Date:
Notes:		
Designated vision point-person name:		
Signature:		Date: